

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**LICENCIATURA DE MÉDICO CIRUJANO**

**DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL**



**“CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR CON ENFERMEDAD CRÓNICO  
DEGENERATIVA QUE ASISTE AL GRUPO DE AYUDA MUTUA EN DOS CENTROS  
DE SALUD RURALES DEL ESTADO DE MÉXICO”**

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTAN:**

**M.P.S.S. MARÍA DEL CARMEN CAMACHO CRUZ**  
**M.P.S.S. ADRIANA GUADALUPE FUENTES COLINDRES**

**DIRECTOR:**

**E.EN M.I. LIGIA DEL SOCORRO GARCÍA CÁCERES**

**REVISORES:**

**M. EN C. JAVIER SÁNCHEZ GUERRERO**  
**E.S.P. MARÍA DEL SOCORRO GÓMEZ MARIN**

**TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO, 2014**

# ÍNDICE

CONTENIDO	Pág.
<b>I.- MARCO TEÓRICO</b>	
INTRODUCCIÓN	1
1.1 ENVEJECIMIENTO	
1.1.1 Definición	2
1.2 ADULTO MAYOR	
1.2.1 Definición	2
1.2.2 Estadísticas nacionales y estatales	3
1.3 CALIDAD DE VIDA	
1.3.1 Definición	3
1.3.2 Instrumentos para evaluar la calidad de vida	5
1.4 ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS	
1.4.1 Definición y generalidades	7
1.4.2 Diabetes Mellitus	8
1.4.2.1 Diabetes Mellitus en el adulto mayor	10
1.4.3 Hipertensión arterial sistémica	11
1.4.4 Síndrome metabólico	12
1.4.5 Enfermedad articular degenerativa	14
1.5 GRUPOS DE AYUDA MUTUA	
1.5.1 Antecedentes	15
1.5.2 Definición	16
1.5.3 Situación actual	18
1.6 C.S.R.D SANTA MARIA DEL MONTE	
1.6.1 Generalidades	19
1.6.2 Grupo de Ayuda Mutua en Santa María del Monte	19
1.7 C.S.R.D SANTA JUANA	
1.7.1 Generalidades	20
<b>II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y</b>	
<b>PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN</b>	22
<b>III.- JUSTIFICACIÓN</b>	23

<b>IV.- HIPOTESIS</b>	<b>24</b>
<b>V.- OBJETIVOS</b>	<b>25</b>
<b>VI.- MATERIAL Y MÉTODO</b>	<b>26</b>
<b>VII.- IMPLICACIONES ÉTICAS</b>	<b>31</b>
<b>VIII.- ANÁLISIS Y RESULTADOS</b>	<b>32</b>
<b>IX.- CUADROS Y GRÁFICAS</b>	<b>36</b>
<b>X.- CONCLUSIONES</b>	<b>52</b>
<b>XI.- RECOMENDACIONES</b>	<b>54</b>
<b>XII.- BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>55</b>
<b>XIII.- ANEXOS</b>	<b>57</b>

## RESUMEN

**Introducción.** El envejecimiento forma parte del ciclo natural de cualquier ser humano, sin embargo existen factores externos, como lo son las enfermedades crónico degenerativas, que afectan a una gran parte de la población de la tercera edad, y que influyen de manera desfavorable a su calidad de vida. Sin embargo, ante este panorama, los países de todo el mundo han desarrollado estrategias que tienen como finalidad, la mejora de los estilos de vida, de manera que se vea reflejado en la calidad de ésta. En nuestro país, una de estas estrategias es la presencia de los grupos de ayuda mutua en el primer nivel de atención a la salud, los cuales tienen como finalidad ser una herramienta para mejorar el control metabólico de las enfermedades más frecuentes en el país, como lo es la Diabetes Méllitus, la Hipertensión Arterial y la Obesidad.

**Objetivo.** Analizar la importancia de los Grupos de Ayuda Mutua sobre la calidad de vida en los adultos mayores con enfermedades crónico – degenerativas; de las comunidades de Santa María del Monte, Zinacantepec y Santa Juana, Almoloya de Juárez.

**Tipo de estudio.** Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo y observacional con los datos obtenidos posterior a la aplicación del cuestionario WHOQOL-BREF, el cual evaluó la calidad de vida de los pacientes seleccionados.

**Material y Método.** Se analizó el puntaje obtenido de la aplicación del cuestionario WHOQOL-BREF, en base a la escala establecida, así como la cédula de recolección de datos. Se concentraron los resultados en una hoja de cálculo y se plasmaron en cuadros y gráficas.

**Resultados.** El análisis de los resultados del cuestionario WHOQOL-BREF, demostró que los adultos mayores del género masculino presentan una mejor calidad de vida, respecto al género femenino, sin embargo, éste último grupo asiste

en mayor proporción a control metabólico y a grupos de ayuda mutua. De igual manera, la calidad de vida se mantiene dentro del mismo rango (bueno y regular), independientemente de la edad, sin embargo se observa el predominio de adultos mayores en la década de 60 a 69 años. Con respecto al número de padecimientos en los participantes en el estudio, se puede observar una mejor calidad de vida en aquellos que han sido diagnosticados con una sola enfermedad, respecto a los que padecen más de una.

**Conclusiones.** Tras la aplicación del cuestionario WHOQOL-BREF a los adultos mayores en los meses de junio y julio de 2014, se examinaron los resultados obtenidos y se demostró que la percepción que tienen los adultos mayores de su calidad de vida, no difiere en gran parte de lo que refleja el puntaje obtenido en el cuestionario WHOQOL-BREF, mismo que no se ve afectado por el género, la edad o el número de padecimientos crónico degenerativos, sino que está influenciado en gran medida por la pertenencia a un grupo de ayuda mutua.

**Palabras clave.** Adulto mayor, enfermedad crónico degenerativa, calidad de vida, grupos de ayuda mutua.

## **ABSTRACT**

**Introduction.** The aging is part of the natural cycle of any human being, but there are external factors, such as chronic degenerative diseases that affect a large part of the population of the elderly, and unfavorably affecting their quality of lifetime. However, Against this background, countries worldwide have developed strategies whose aim, improving lifestyles, so that is reflected in the quality of education. In our country, one of these strategies is the presence of mutual aid groups in the first level of health care, which are intended to be a tool to improve the metabolic control of the most common diseases in the country, as what is Diabetes mellitus, Hypertension and Obesity.

**Objective.** Discuss the importance of the Mutual Aid Groups on quality of life in older adults with chronic diseases - degenerative; communities of Santa Maria del Monte, Zinacantepec, and Santa Juana, Almoloya.

**Type of study.** A prospective, descriptive, observational study with the following application of the WHOQOL-BREF questionnaire, which evaluated the quality of life of patients selected data was performed.

**Material and Methods.** The score obtained from the application of the WHOQOL-BREF card data collection was analyzed, based on the established scale and. The results are gathered in a spreadsheet and embodied in charts and graphs. Results. The analysis of the results of the questionnaire WHOQOL-BREF showed that older adult males have a better quality of life, compared to the female gender, however, the latter group attends most to metabolic control and self-help groups. Similarly, the quality of life is maintained in the same range (good and regular), regardless of age, but the prevalence of older adults in the 60 to 69 is observed. Regarding the number of conditions in participating in the study, you can see a better quality of life for those who have been diagnosed with one disease, compared to those with more than one.

**Conclusions.** After application of the WHOQOL-BREF questionnaire for older adults in the months of June and July 2014, the results were examined and showed that the perception of seniors quality of life, does not differ much reflecting the score obtained in the WHOQOL-BREF, it is not affected by gender questionnaire, age or number of chronic degenerative diseases, but is largely influenced by belonging to a support group.

**Keywords.** Older adult, chronic degenerative disease, quality of life, mutual aid groups.

## **I. MARCO TEÓRICO**

### **Introducción**

El envejecimiento es una de las expresiones más notables de los cambios registrados en la estructura demográfica mundial. Así, mientras la población general crece a un ritmo de 1.7% anual, los individuos de 60 años y más experimentan un aumento de 2.5% cada año.<sup>1</sup>

Indiscutiblemente este proceso de envejecimiento de la población tiene implicaciones biológicas, psíquicas, sociales y económicas, que desde el punto de vista de la medicina, nos lleva a un nuevo deber social para con la población geriátrica.<sup>2</sup>

Los determinantes de la transición demográfica, contribuyen a marcar los cambios que ocurren en el proceso salud-enfermedad y ambos, favorecen la emergencia de las enfermedades crónico-degenerativas que hoy en día constituyen las principales causas de morbi – mortalidad en la población de adultos mayores.

A medida que las enfermedades crónicas han incrementado su prevalencia, se ha aumentado el interés por la calidad de vida del enfermo y por los múltiples factores biopsicosociales que inciden sobre ella.

Ante esta situación de cambio en nuestro país, es necesario llevar a cabo estrategias por parte del personal de salud que permitan modificar la atención a pacientes con dichas enfermedades; es decir, pasar de un modelo reactivo, centrado en la enfermedad, a un modelo proactivo y planificado centrado en la persona y en su contexto. Un modelo que garantice una buena calidad de atención y favorezca no solo el control de la enfermedad sino que permita al mismo tiempo mejorar la calidad de vida en este grupo de edad.<sup>3</sup>



## **1.1. ENVEJECIMIENTO**

### **1.1.1. Definición**

La vejez es una etapa de la vida como cualquier otra, se trata de un proceso multifactorial, que se ha intentado explicar por diversas teorías y de esta forma existen definiciones científicas, biológicas, médicas, geriátricas, psicológicas, etc.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al envejecimiento como “El proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida, esos cambios producen una limitación en la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Los ritmos a que estos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos no son iguales.” <sup>4</sup>

El envejecimiento es solo una de las múltiples facetas de un cambio y mucho más amplio de las dinámicas demográficas humanas. A ese cambio se le conoce como transición demográfica. <sup>5</sup>

## **1.2. ADULTO MAYOR**

### **1.2.1. Definición**

La OMS define como adulto mayor a toda persona de 60 años o más de edad para países en desarrollo y mayores de 65 años para países desarrollados. <sup>6</sup> Según la ONU las personas de 60 a 74 años son considerados de edad avanzada, de 75 a 90 años viejas o ancianas y los que sobrepasan de los 90 años se les denomina longevos.

En conclusión a todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad. <sup>7</sup>

### **1.2.2. Estadísticas nacionales y estatales**

Actualmente en México existe un rápido crecimiento de la población de adultos mayores, de acuerdo a cifras registradas por el INEGI, la población total para el año de 1995 era de 81,249,645 habitantes, de los cuales el 6.6% eran adultos mayores (6,016,447), en el 2000 fue de 97,483,412 de los cuales el 7.3% eran ancianos (7,116,289) y en 2010 de 112,336,538 lo que representó el 9.1% de la población total (10,222,624); se considera que para el año 2050, dicha población alcanzará los 27, 300, 000, de ahí que se estime que para ese año poco más de una de cada cuatro personas serán adultos mayores, representando este grupo etario el mayor crecimiento demográfico.<sup>8</sup>

En lo que respecta al Estado de México, en el 2010 se registraron 1,137,647 habitantes de 60 años o más, lo que equivale al 7.4% de la población y se espera que para el año 2030 se aproximen a los 3 millones de adultos mayores, con lo que abarcarían poco más de 16% de la población total de la entidad.<sup>9</sup>

De acuerdo con el contexto anterior, el envejecimiento de los mexicanos cobra especial importancia para la investigación en salud ya que, conforme este grupo aumente, los problemas de salud-enfermedad se irán transformando, haciendo más complejo el perfil epidemiológico.<sup>10</sup> De hecho, hoy en día las condiciones de salud de este sector de la población ya plantean un complicado panorama, que no sólo se compone de enfermedad y muerte, sino de discapacidad y limitación, lo cual se verá reflejado en una disminución de la calidad de vida.

## **1.3. CALIDAD DE VIDA**

### **1.3.1. Definición**

En los últimos tiempos se ha hecho frecuente el uso del concepto calidad de vida en varios contextos, uno de ellos es la salud. La OMS definió este término en 1987,

no como la ausencia de enfermedad, sino como el óptimo estado de bienestar físico, psicológico y social.<sup>6</sup>

Así el estudio de la calidad de vida como categoría esencial dentro de las ciencias de la salud, requiere especial atención, pues México al ser un país en constante cambio -como se menciona anteriormente- ha incrementado notablemente la esperanza de vida en los últimos años, resultado de múltiples factores como el desarrollo económico, social y en particular por los programas preventivos y otras acciones del sistema de salud.<sup>11</sup> En este nuevo contexto, el objetivo ha cambiado y ahora se pretende no sólo incrementar los años de vida, sino incrementar la calidad de vida de en estos años.

Por si misma, la calidad de vida de los adultos mayores determinada por la presencia de cambios físicos propios del proceso de envejecimiento, y por la presencia de algunas enfermedades en este grupo de edad; dieron lugar a la elaboración de un concepto de la calidad de vida que la OMS ha definido como: “La percepción del individuo sobre su posición en la vida, en el contexto de la cultura y el sistema de valores en que vive, en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones.”<sup>12</sup>

Por otro lado, Giusti define la calidad de vida como un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas.<sup>13</sup> Para efectos de este estudio ese es el concepto operacional de calidad de vida.

Como se puede observar, la calidad de vida es un concepto complejo cuya definición operacional y dimensional resulta francamente difícil. No obstante, existe un acuerdo en cuanto a la necesidad de abordarla desde una dimensión subjetiva; es decir, lo que la persona valora de ella sin restringirla a la dimensión objetiva (opinión de otras personas o terceros) ya que lo fundamental es la percepción propia.<sup>13</sup>

### **1.3.2. Instrumentos para evaluar la calidad de vida**

Los instrumentos elaborados para medir la calidad de vida se han diseñado con diversos propósitos: para conocer el deterioro de la percepción de la calidad de vida en personas con alguna patología, para identificar el estado de salud entre poblaciones (aspectos fundamentales para el desarrollo de estrategias y programas en políticas en pro de la salud), o para evaluar el impacto de ciertas intervenciones terapéuticas encaminadas a mejorar los síntomas y funciones físicas a través del tiempo.<sup>11</sup>

Dentro de los indicadores objetivos relacionados con el bienestar y la salud se encuentran la esperanza de vida; los índices de mortalidad, morbilidad y el acceso a los servicios de salud, sin embargo, no refleja la percepción de calidad de vida que tiene la población.

Por ello en el año de 1991, la OMS inició un proyecto para el desarrollo de un instrumento que permitiera evaluar la calidad de vida en las diferentes culturas, más allá de los indicadores clásicos de salud. En su elaboración participaron 33 países, entre ellos España quien constituyó el centro de referencia para la aplicación de una versión en español del cuestionario.

Finalmente, como resultado de este proyecto se creó en 1993 el WHOQOL-100, de sus iniciales en inglés World Health Organization Quality of Life Questionnaire, el cual está compuesto por 100 preguntas o ítems que evalúan la calidad de vida global y la salud general; el cual consta de seis áreas: salud física, psicológica, niveles de independencia, relaciones sociales, ambiente y espiritualidad, creencias personales, y de 24 facetas. Cada faceta está representada por 4 preguntas.

Posteriormente se creó el WHOQOL-BREF, como una versión reducida del WHOQOL-100, que contiene un total de 26 preguntas, una pregunta de cada una de las 24 facetas contenidas en el WHOQOL-100 y dos preguntas globales: calidad de vida global y salud general. Cada ítem tiene 5 opciones de respuesta ordinales

tipo Likert, y todos ellos producen un perfil de cuatro áreas: salud física, psicológica, relaciones sociales y ambiente. Se obtienen sumas parciales para cada dominio en puntuaciones que van de 0 a 130; realizando una evaluación de la siguiente manera:

- De 130 a 99 puntos califica la calidad de vida como: Muy buena
- De 98 a 66 puntos se considera calidad de vida: Buena
- De 65 a 34 puntos refleja calidad de vida: Regular
- Menor de 33 puntos nos indica calidad de vida: Mala

El test proporciona un puntaje general relacionado con la percepción de calidad de vida en general en base a sus cuatro dominios; físico, psicológico, relaciones sociales y entorno.

- Dominio 1. Físico. Toma en cuenta la funcionalidad, la energía, el dolor, la fatiga, la necesidad de tratamientos médicos, capacidad de trabajo y sueño.
- Dominio 2. Psicológico. Abarca la satisfacción de la vida y consigo mismo la capacidad de concentración, sentimientos positivos y negativos y espiritualidad (creencias).
- Dominio 3. Relaciones sociales. Satisfacción con las relaciones personales, soporte social y actividad sexual.
- Dominio 4. Entorno. Ambiente físico, seguridad, recursos financieros, acceso a los servicios de salud, participación en actividades de ocio y recreación, transporte e información.<sup>14</sup>

Por el enfoque transcultural que tuvo desde su elaboración y su ajuste a los objetivos de la investigación, cubriendo las dimensiones más relevantes de la calidad de vida; se desea utilizar el WHOQOL-BREF para el presente trabajo, tomando en cuenta además que éste instrumento es de fácil comprensión para nuestra población en estudio.

## **1.4. ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS**

### **1.4.1. Definición y generalidades**

En Medicina, se llama enfermedad crónica a aquellas enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. No hay un consenso acerca del plazo a partir del cual una enfermedad pasa a considerarse crónica; pero por término medio, toda enfermedad que tenga una duración mayor de seis meses, se incluye en este concepto.

Por su parte, una enfermedad degenerativa es una afección en la función y/o la estructura de los tejidos u órganos afectados; o bien, en los mecanismos de regeneración que no se deban fundamentalmente a factores psicosomáticos o físicos externos, que ocasionen una falta de regeneración o un exceso descontrolado de regeneración y que empeoran con el transcurso del tiempo.<sup>15</sup>

Así mismo, la OMS define las enfermedades crónicas no transmisibles como un trastorno orgánico y funcional; como multicausal y de larga duración que requiere un periodo de tiempo largo para su aparición, pero una vez instauradas pueden persistir a lo largo de la vida.<sup>6</sup>

Los padecimientos crónico-degenerativos, afectan prácticamente a cualquier órgano o tejido del cuerpo humano, sin embargo, algunos de ellos destacan por su alta frecuencia y por los graves daños que producen a quienes los padecen. Así encontramos principalmente la Obesidad y enfermedades cardiovasculares destacando la Hipertensión Arterial; Diabetes Mellitus y Síndrome Metabólico. Múltiples tipos de neoplasias, así como problemas articulares y de tejidos blandos.

Estadísticamente en el estado de México se reportan las siguientes cifras respecto a la mortalidad causada por las principales enfermedades crónico-degenerativas:

Para el caso de los hombres: diabetes mellitus 7.78%, enfermedades isquémicas del corazón 6.49%, enfermedad pulmonar obstructiva crónica 4.09%, enfermedad

cerebrovascular 3.16%, infecciones respiratorias agudas bajas 1.58%, enfermedades hipertensivas 1.56%, tumor maligno de la próstata 1.29% y desnutrición calórico-proteica 0.87%.

Para las mujeres: diabetes mellitus 10.66%, enfermedades isquémicas del corazón 6.74%, enfermedad cerebrovascular 4.45%, enfermedad pulmonar obstructiva crónica 4.28%, enfermedades hipertensivas 2.67%, infecciones respiratorias agudas bajas 1.92%, y desnutrición calórico-proteica 1.35%.<sup>9</sup>

El perfil de morbi-mortalidad de la población envejecida en los países en vías de desarrollo comienza a plantear situaciones complejas; pues además de la enfermedad y la muerte atribuible a enfermedades infecciosas, los trastornos de tipo crónico- degenerativo se han ubicado en pocos años dentro de los primeros lugares en las estadísticas nacionales, así de acuerdo con el INEGI que reporta que la tasa bruta de mortalidad en el 2008 fue de 4.9% defunciones por cada cien mil habitantes; la Diabetes y las enfermedades cardiovasculares fueron la causa de más del 56% de las muertes en México, siendo las mujeres quienes poseen el mayor índice de mortalidad.<sup>8</sup>

A pesar de que la mortalidad entre las personas diagnosticadas con enfermedades crónico-degenerativas; principalmente diabetes e hipertensión, está disminuyendo debido a la atención médica que reciben, ésta sigue siendo alta. Cabe mencionar que si bien la disminución de la mortalidad significa un aumento en la longevidad, no conduce necesariamente a un aumento del número de años saludables en la vida de una persona; ya que estos pacientes presentan una disminución en su calidad de vida y un aumento en el uso de los servicios de salud a largo plazo.

#### **1.4.2. Diabetes Mellitus**

La OMS define la Diabetes Mellitus, como una enfermedad crónica causada por factores genéticos y/o deficiencia adquirida en la producción de la insulina por el páncreas; o por la ineficacia de la insulina producida. Tal deficiencia resulta en

aumento de las concentraciones de glucosa en la sangre, que a su vez daña muchos de los sistemas del cuerpo, en particular el sistema circulatorio.<sup>16</sup>

La Norma Oficial Mexicana 015 para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en la atención primaria; menciona que la diabetes mellitus comprende un grupo heterogéneo de enfermedades sistémicas, crónicas, de causa desconocida, con grados variables de predisposición hereditaria, y la participación de diversos factores ambientales que afectan al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas, que se asocian fisiopatológicamente con una deficiencia en la cantidad, cronología de secreción y/o en la acción de la insulina. Estos defectos traen como consecuencia una elevación anormal de la glucemia, después de cargas estándar de glucosa e incluso en ayunas, conforme existe mayor descompensación de la secreción de insulina.<sup>17</sup>

La prevalencia global de la Diabetes Mellitus está aumentando rápidamente como resultado del envejecimiento de la población; la urbanización y los cambios asociados al estilo de vida. Permanece como una causa importante de morbilidad y mortalidad prematura en todo el mundo.

En el año 2012, la Federación Internacional de Diabetes estimó que más de 371 millones de personas vivían con dicha enfermedad, y que 4.8 millones de personas mueren a causa de la misma.

Respecto al comportamiento de esta enfermedad en México, de 1998 al 2012 se ha observado una tendencia hacia el incremento en un 4.7%, pasando de una tasa de morbilidad de 342.1 a 358.2 casos por cada 100 mil habitantes, específicamente en el año 2012 se reportaron 418,797 pacientes diagnosticados con diabetes (lo cual representa el 0.4% de la población mexicana); el 59% de los casos fueron del sexo femenino, siendo el grupo etario de 50-59 años de edad el más afectado, con una tasa de morbilidad de 1,237.90 casos por cada 100 mil habitantes. Cabe señalar que el comportamiento que presenta esta patología es hacia el incremento, si la



tendencia permanece igual se espera para el año 2030 un aumento del 37.8% en el número de casos y 23.9% en la tasa de mortalidad.<sup>18</sup>

#### **1.4.2.1. Diabetes en el adulto mayor**

Existen factores que contribuyen a los altos índices de diabetes en los ancianos; entre ellos se encuentran:

a).- Factores individuales: factores genéticos, obesidad, disminución de la actividad física, disminución de la secreción de insulina relacionada con la edad, resistencia a la insulina relacionada con la edad, enfermedades concomitantes.

b).- Factores psicosociales, tales como: la relación y el apoyo familiar, que influyen en la autoestima del paciente anciano para que este acepte la enfermedad y aprenda a vivir con ella; apoyo económico, que es muy importante para la persona anciana ya que, debido a la enfermedad, ve incrementados sus gastos en tratamientos específicos para tener una mejor calidad de vida; el estado civil, es un indicador social que permite conocer si la persona anciana cuenta con el auxilio de un proveedor económico o se encuentra sola, lo cual puede ser importante para que la persona siga su régimen de tratamiento; el estilo de vida, que incluye hábitos y costumbres que pueden ser tanto favorables como no favorables para la salud, tales como alcoholismo, tabaquismo, sedentarismo, y mala alimentación, que van a ocasionar una aceleración en la aparición de enfermedades crónicas así como de sus complicaciones.<sup>19</sup>

En los adultos mayores, el proceso de glucorregulación, es más susceptible de presentar anormalidades que en el sujeto joven; sin embargo, lo que se observa con mayor frecuencia son las manifestaciones tardías, ya que la enfermedad no es detectada de manera oportuna; por lo general, es descubierta en etapas avanzadas y con las posibles complicaciones que tiene, debido a que la enfermedad evoluciona en forma asintomática entre la población de ancianos.

El tratamiento tiene como meta la reducción de las cifras de glucosa a niveles normales, así el monitoreo médico continuo, permitirá un ajuste correcto del tratamiento farmacológico, para evitar y detectar a tiempo posibles complicaciones, logrando con ello una mejor calidad de vida para el paciente.

### **1.4.3. Hipertensión arterial sistémica**

Se han elaborado diversas guías para definir y clasificar la Hipertensión arterial, existiendo muchas similitudes entre ellas. Las de mayor divulgación son las publicadas por el Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNC VIII) y por la European Society of Hypertension –European Society of Cardiology (ESH-ESC). De acuerdo con éstas, se define la hipertensión arterial con base en cifras de presión arterial sistólica mayor o igual de 140mmHg y/o presión arterial diastólica mayor o igual a 90mmHg.<sup>20</sup> La Hipertensión es causa frecuente de enfermedad cardiovascular y ésta, a su vez, es la principal causa de muerte en personas de edad media y ancianos tanto en Estados Unidos como en México.

La OMS estima que a nivel mundial existen 900 millones de hipertensos y que esta enfermedad ocasiona la muerte de 7.5 millones de personas lo que representa 12.8% del total de los fallecimientos. Uno de cada tres adultos tiene la presión alta, lo que preocupa por las complicaciones que genera.<sup>21</sup>

En México los datos obtenidos por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, revelan que la prevalencia actual de hipertensión arterial en México es de 31.5%, y es más alta en adultos con morbilidades asociadas tales como la Obesidad o la Diabetes.<sup>18</sup>

Los niveles absolutos de presión arterial varían no sólo con la edad, sino también con el sexo, la raza y otros factores. Se ha sugerido que el estrés es un factor importante de la hipertensión. También el hacinamiento, la ocupación, factores

dietéticos, etc. La mayoría de los estudios epidemiológicos señalan la relación existente entre sobrepeso y presión arterial, tanto sistólica como diastólica.

El aumento crónico de la presión sanguínea termina por lesionar la vasculatura de todo el cuerpo, en particular la de ojos, corazón, riñones y cerebro, de modo que la disminución de la visión, oclusión coronaria, insuficiencia cardíaca y renal y accidentes cerebrovasculares, padecimientos sumamente frecuentes en el adulto mayor, son consecuencia común de la hipertensión no controlada.<sup>22</sup>

Así pues, los adultos mayores tienen una incidencia elevada de enfermedades cardiovasculares que pueden ser combatidas con las medidas terapéuticas habituales. No obstante, dada la especial fragilidad biológica de esta población, medidas tanto farmacológicas como no farmacológicas deben instaurarse con especial cuidado.

#### **1.4.4. Síndrome Metabólico**

El síndrome metabólico es una entidad clínica, caracterizada por la asociación de varias enfermedades vinculadas fisiopatológicamente a través de la resistencia a la insulina e hiperinsulinemia; cuya expresión clínica puede cambiar con el tiempo según la magnitud de las mismas, presentando un alto riesgo de desarrollar diabetes Mellitus tipo 2 y enfermedad cardiovascular aterosclerótica, lo cual por sí mismo aumenta el riesgo de padecer Hipertensión arterial sistémica.

Los resultados del tercer National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III), indican que el 24% de los americanos sufren el síndrome metabólico; sin embargo, las personas ancianas tradicionalmente no están bien representadas en estos extensos estudios epidemiológicos.

Este síndrome se integra con la presencia de 3 o más de las siguientes condiciones: Obesidad central (circunferencia de cintura mayor de 88cm en mujeres y 102cm en hombres), Hipertrigliceridemia, Colesterol HDL bajo (<50mg/dl

en mujeres y <40mg/dl en hombres), hipertensión arterial y/o Diabetes Mellitus o glucosa anormal en ayunas.<sup>23</sup>

Así es necesario definir los siguientes términos:

**Obesidad:** Es una enfermedad sistémica, crónica, progresiva y multifactorial que se define como una acumulación anormal y excesiva de grasa. En su etiología se involucran alteraciones en el gasto energético, desequilibrio en el balance entre aporte y utilización de la grasa, causas de carácter neuroendócrino, metabólicas, genéticas, factores del medio ambiente y psicógenas.<sup>24</sup> La obesidad se clasifica fundamentalmente con base en el Índice de Masa Corporal (IMC), determinando su existencia cuando existe un IMC mayor de 27.<sup>25</sup> En los adultos mayores, la obesidad está asociada a inmovilidad ya que la cantidad de tejido muscular no es suficiente; ni tiene la misma fuerza que en las personas jóvenes para movilizar el exceso de peso corporal. A esta circunstancia se le denomina “obesidad sarcopénica”.<sup>5</sup>

**Dislipidemia:** Es un conjunto de enfermedades asintomáticas, que tienen en común que son causadas por concentraciones anormales de lipoproteínas sanguíneas. La concentración del perfil sérico de lípidos en sus diferentes fracciones lipoproteicas, conllevan un incremento en el riesgo de enfermedad cardiovascular como principal causa de mortalidad, además se asocia con mayor incidencia de Diabetes Mellitus y otras enfermedades crónico-degenerativas. Distintos autores consideran mantener la concentración de colesterol total <200 mg/dl como deseable ya que no se encontraron cambios en el riesgo cardiovascular por debajo de este umbral. Para el caso de los triglicéridos es recomendable mantener concentraciones por debajo de 150mg/dl.<sup>26</sup>

El tratamiento médico de estos padecimientos está encaminado a la disminución de los factores de riesgo cardiovascular y metabólico; y a evitar o postergar la aparición de Diabetes Mellitus, mediante la práctica de actividad física y cambios

en el estilo de vida, sumados al tratamiento farmacológico más adecuado de acuerdo al perfil de cada paciente.<sup>27</sup>

#### **1.4.5. Enfermedad articular degenerativa**

Es una enfermedad propia del adulto mayor, y por lo tanto, su frecuencia va aumentando en forma proporcional a la sobrevivencia de la población general. Es un padecimiento del aparato locomotor, caracterizada por la degeneración y pérdida del cartílago articular con un componente inflamatorio; es de instalación lenta en el curso de meses o años, pero a su vez su progresión se acelera haciéndose fuertemente sintomática. El síntoma cardinal, es el dolor que aumenta con la actividad y la marcha, y disminuye con el reposo y durante el descanso nocturno; así como la aparición progresiva de rigidez articular matutina que puede durar hasta 30 minutos.<sup>28</sup>

La artrosis puede aparecer como una forma generalizada, comprometiendo múltiples articulaciones o como una forma localizada, ésta última, habitualmente secundaria a una causa determinante.

Las formas generalizadas son la expresión de un fenómeno senil, comprometiendo grandes articulaciones que soportan peso como rodillas, cadera o columna, pero también pequeñas articulaciones como las interfalángicas distales de las manos.

Se sabe que en países desarrollados este padecimiento es la principal causa de incapacidad total en adultos mayores; en México, representa un gran impacto tanto social como económico ya que ocupa uno de los 10 primeros lugares en discapacidad.<sup>29</sup>

## **1.5. GRUPOS DE AYUDA MUTUA**

Los cambios profundos que se han producido en la sociedad, han obligado a adaptar nuevos planteamientos de intervención en el ámbito del cuidado de la salud; principalmente en lo que respecta a la salud del adulto mayor. Entre dichos cambios, se contemplan las aportaciones voluntarias de los individuos como una parte importante en los procesos de solidaridad social y un recurso comunitario de iniciativa social organizada; dando lugar a lo que se conoce por Grupos de Ayuda Mutua (GAM), es decir, un modo de relación solidaria canalizada a través de la participación ciudadana.

### **1.5.1. Antecedentes**

Históricamente, fue en la década los años 70 que aparecen en EE.UU. y en el centro de Europa las asociaciones y los grupos de ayuda mutua; como un recurso o una necesidad no cubierta por la atención primaria y derivada de la crisis industrial y económica. Una de las organizaciones pioneras fue Alcohólicos Anónimos creada en EE.UU. hacia el año 1935.

La Asamblea Mundial de la Salud reunida en Alma-ata en 1978, manifestó que la Asistencia Primaria de Salud, es el punto donde convergen todos los problemas sanitarios de la comunidad; y es el lugar desde donde se ha de desarrollar acciones para resolverlos y poder llegar a la "salud para todos en el año 2000". La OMS, apoyó y redactó 38 objetivos para conseguirlo y crear un Centro Internacional de Información y de apoyo a las Asociaciones y Grupos de Ayuda Mutua en Lovaina Bélgica. Fue en el año 1986 que se efectuó la primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud en Ottawa Canadá, donde se sentaron las bases para impulsar la capacidad de la comunidad y la participación social.<sup>30</sup>

### **1.5.2. Definición**

La Organización Iberoamericana de Seguridad Social, menciona que “El hombre, por el sólo hecho de su condición, tiene el derecho de seguridad social, concebido como la cobertura integral de sus contingencias y la garantía de los medios para el desarrollo pleno de su personalidad y su integración permanente en la comunidad”. Sin embargo, la complejidad social en que vivimos se caracteriza por la disminución de los vínculos afectivos de apoyo, que permitían a los individuos y grupos sociales enfrentar situaciones problemáticas en formas solidarias; debido a las carencias, necesidades o problemas sociales que cada vez se hacen más extensos, y la capacidad del Estado para atender las demandas de la población resulta insuficiente.<sup>31</sup>

El concepto de Grupos de Ayuda Mutua, nace como un movimiento que se caracteriza por la existencia de reciprocidad horizontal, simétrica y generalizada entre sus miembros que comparten una problemática en común. Para ello, es necesario que éstos se vean a sí mismos como equivalentes, y el problema de salud común, establezca una equivalencia que permita dejar en segundo plano la diversidad individual y social de los componentes del grupo.

El grupo, es el conjunto de personas que comparten un mismo problema o situación común, que deciden reunirse de forma voluntaria y periódica para mejorar su situación social y colectiva. Se proporcionan información e intercambian experiencias, también se brindan apoyo emocional. Algunos realizan actividades sociales y ofrecen servicios y recursos, sensibilizan a la población y en algunas ocasiones hacen presión social. Por tanto, son reuniones entre "iguales", pueden ser personas directamente afectadas, familiares, amigos o cuidadores.

Los Grupos de Ayuda Mutua se justifican por algo más que por necesidades “técnicas”. Es toda la problemática social y cultural que se genera alrededor lo que ha motivado su formación, y la que requiere ser elaborada por el mismo grupo. Por esto, se preserva la autonomía del grupo respecto a los profesionales y las

instituciones. Nadie más que los propios interesados pueden definir su situación y dar significado a lo que hacen. El grupo crea espacios privados en los que aún es posible controlar los procesos que inciden en lo cotidiano; como sucede en las unidades médicas. Los Grupos de Ayuda Mutua actuarán, a partir de su propia elaboración, en todos aquellos aspectos componentes de los procesos asistenciales que incidan en sus patologías.<sup>32</sup>

Ante el reto de hacer frente a los problemas de diabetes tipo 2 e hipertensión arterial así como a sus complicaciones; la Secretaría de Salud de México, a través del Programa de Salud del Adulto y el Anciano del Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades (CENAVECE); implementó los Grupos de Ayuda Mutua, como una estrategia por medio de la cual se estimule la adopción de estilos de vida saludables; al considerar la educación, la actividad física y la alimentación del paciente como parte fundamental e indispensable del tratamiento, tal como lo ha difundido la Organización Mundial de la Salud y otras organizaciones expertas en la materia.<sup>31</sup>

Los GAM, denominados también como clubes de diabéticos, se conceptualizan como la organización de los propios pacientes, que bajo la supervisión médica y con el apoyo de los servicios de salud, sirve de escenario para la capacitación necesaria para el control de diabetes e hipertensión arterial. Su principal objetivo, es garantizar que cada uno de los pacientes reciba la capacitación indispensable para el buen control de su enfermedad.

Sin duda, los GAM se constituyen en escenarios para la capacitación voluntaria y periódica con énfasis en el manejo no farmacológico y el autocuidado de la salud. Es bien conocido que un control exitoso de la diabetes y la hipertensión arterial; depende no sólo de la administración del tratamiento farmacológico, sino de la modificación de los estilos de vida – el manejo no farmacológico—. En los GAM los pacientes adquieren información y sobre todo nuevas habilidades para el control de su enfermedad.



### **1.5.3. Situación actual de los GAM a nivel nacional y estatal**

Los GAM se han formado principalmente en las unidades de salud del primer nivel de atención, y de manera paulatina se han ido implementando estos grupos. Para el año 2012, todos los estados de la República Mexicana participan en esta estrategia con un total de 7,416 GAM con 264,392 integrantes. Actualmente, los GAM son coordinados por personal médico y de enfermería de cada unidad de salud.<sup>31</sup>

En el año 2008 en el estado de México, inició la estrategia para la conformación de grupos de ayuda mutua para pacientes con alguna enfermedad crónica degenerativa. A partir de este año, se promovió la creación de estos grupos.

Para el año 2013 se contaba con 1080 grupos de ayuda mutua, distribuidos en las 19 jurisdicciones de la Secretaría de Salud del estado, actualmente, 245 de éstos grupos se encuentran acreditados con un total de 24,378 integrantes; de éstos, 13,493 son pacientes con diabetes mellitus y el resto con otra patología crónica degenerativa, hipertensión, obesidad o dislipidemias.

En la jurisdicción Toluca, a la cual pertenecen los centros de salud de los municipios de Almoloya de Juárez, Metepec, Toluca y Zinacantepec, se cuenta con 85 grupos de ayuda mutua.

Es de destacar que el movimiento de la autoayuda y los servicios profesionales, son dos sistemas diferentes de apoyo que coexisten con una incipiente articulación. Su integración puede proporcionar a los participantes de este binomio; la oportunidad del aprendizaje mutuo y la generación de una red asistencial más amplia, efectiva y capaz de responder a la creciente crisis de provisión de servicios en nuestra sociedad.

## **1.6. CS.R.D SANTA MARIA DEL MONTE**

### **1.6.1. Generalidades**

Santa María del Monte, es una comunidad rural localizada en el municipio de Zinacantepec en el estado de México. Está situada en la porción occidental del valle de Toluca. Limita territorialmente al norte con Almoloya de Juárez; al sur con Texcaltitlan, al este con la ciudad de Toluca y Calimaya y al Oeste con Amanalco de Becerra.

La localidad cuenta con 5 comunidades: santa María del monte centro, loma de González, loma de Poté, Colonia Santa Juanita y Loma de San Francisco.

Cuenta con un total de 5014 habitantes según datos provistos por el INEGI en el año 2010. De los cuales, 4061 habitantes cuentan con derechohabiencia a servicios de salud; de éstos, 3208 son pertenecientes al seguro popular o seguro médico para una nueva generación.

Dichos 3208 habitantes aunados a la población abierta, son los usuarios demandantes de atención en el Centro de Salud Rural Disperso Santa María del Monte; unidad médica que se encuentra a cargo de la jurisdicción sanitaria Toluca del Instituto de Salud del Estado de México.

En el año 2013, el número de adultos mayores se contabilizó en 217; representando el 4.3% de la población total, de los cuales, 103 pacientes padecen alguna enfermedad crónico degenerativa: diabetes e hipertensión principalmente.

### **1.6.2. GAM en CSRD Santa María del Monte**

Debido a la gran demanda de atención para enfermedades crónico degenerativas y como medida del gobierno estatal; en el año 2011, se implementó el programa de grupos de ayuda mutua en la comunidad de Santa María del Monte, con un grupo conformado por 12 integrantes, 7 de ellos hipertensos y 5 diabéticos. Sin embargo, no se contaba con un programa totalmente establecido, por lo que en el año de

2012 se amplió el grupo a 15 personas con 7 pacientes hipertensos y 8 diabéticos, los cuales además de recibir atención mensual para su padecimiento, realizaban ejercicio físico 1 vez a la semana.

A finales del año 2013 se amplió el GAM a 20 integrantes, con 8 pacientes diabéticos, 9 pacientes hipertensos y 3 pacientes con síndromes metabólico. Además de acudir a la unidad médica para control y tratamiento de manera mensual, realizan actividad física 2 veces por semana y una vez al mes, reciben sesiones educativas relacionadas con su padecimiento, así como capacitaciones y talleres de cuidado personal y terapia ocupacional.

## **1.7. C.S.R.D. SANTA JUANA 1ª SECCION**

### **1.7.1. Generalidades**

La localidad de Santa Juana 1ª sección, se ubica hacia el noreste de la cabecera municipal del municipio de Almoloya de Juárez, Estado de México. Se encuentra a una altura sobre el nivel del mar de 2500 metros.

El Censo de población y vivienda INEGI 2010, reporta un total de 1,979 habitantes, de los cuales 956 son hombres y 1,023 son mujeres. Del total aproximadamente un 10% corresponde a adultos de 60 años y más.

El Centro de Salud de la localidad, atiende también la población de dos comunidades más: La Palma con una población de 2,158 habitantes, de los que 1,480 son hombres y 678 mujeres; y Mina México con 3,479 habitantes de los que 1,759 corresponde a hombres y 1,728 a mujeres. Cabe mencionar, que la demografía de ambas comunidades, forma parte del Grupo de Ayuda Mutua de Enfermos crónico-degenerativos; por lo que se considera a un total de 7,616, atendidos en esta unidad de salud.

De un estimado de 2104 consultas atendidas anualmente en esta unidad, 965 correspondieron a consulta por enfermedades crónico-degenerativas, es decir, poco menos del 50% de la atención, está destinada a estos padecimientos. En lo que respecta a las principales causas de morbilidad por enfermedades no transmisibles en la localidad; tenemos Diabetes Mellitus 2 e Hipertensión arterial ocupando los primeros sitios, posteriormente, osteartrosis y padecimientos asociados a insuficiencia venosa. En la mortalidad, las principales causas son complicaciones secundarias a Diabetes Mellitus 2 como la Insuficiencia Renal crónica, infecciones de vías aéreas superiores y complicaciones de cirrosis hepática alcohólica.

Todo lo anterior, nos confirma la necesidad de mejorar las estrategias de prevención y tratamiento de los padecimientos antes mencionados. Una de las estrategias que se emplean actualmente para lograr dicho propósito; es la integración del Grupo de Ayuda Mutua que lleva por nombre “Los viejitos”, integrado por 20 pacientes a quienes se les proporciona además de atención médica, talleres de autocuidado y prevención de complicaciones de sus padecimientos, club de ejercicio y orientación dietética, entre otras actividades.

## **II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **2.1. Argumentación**

Con el aumento de la esperanza de vida, se ha transformado la pirámide poblacional mostrando un aumento en el número de adultos mayores. Dicha situación plantea una problemática basada no solo en el envejecimiento de la sociedad; sino en el aumento del número de enfermedades crónico-degenerativas que se presentan en este grupo poblacional. Situación que se ve reflejada a través de la consulta diaria en las unidades de primer nivel.

Lo anterior ha aumentado el interés por la calidad de vida del enfermo y por los múltiples factores que inciden sobre ella. De esta manera, surge un nuevo enfoque sobre el tratamiento de dichos padecimientos: basado en un abordaje integral que requiere de la interacción del personal de salud proactivo y capacitado; de pacientes activos involucrados en el autocontrol de su enfermedad y de la integración de grupos de ayuda mutua.

Sin embargo, poco se conoce acerca del efecto que ha tenido la participación activa de los adultos mayores, con enfermedades crónicas en dichos grupos y el beneficio de éstos sobre su salud y calidad de vida.

De lo anterior surge la siguiente:

### **2.2. Pregunta de investigación**

¿Qué calidad de vida tienen los adultos mayores con enfermedades crónico-degenerativas que asisten al Grupo de Ayuda Mutua de las comunidades de Santa María del Monte y Santa Juana 1ª Sección?

### **III. JUSTIFICACIÓN**

Las enfermedades crónico-degenerativas constituyen a diario uno de los motivos más frecuentes de asistencia médica y sus complicaciones conforman las principales causas de mortalidad, siendo que, en el año 2010, representaron el 56% de las muertes en el país.<sup>8</sup> Por lo que el Sector Salud ha destinado gran parte de los servicios y recursos para la atención del grupo correspondiente a la tercera edad, siendo este el más demandante. De acuerdo a la experiencia obtenida durante el año de Internado de Pregrado y de Servicio Social; consideramos que no basta con una adecuada valoración clínica, es necesario el manejo integral en estos pacientes, lo cual no sólo contribuirá al éxito de un tratamiento, sino también nos permitirá contribuir a mejorar su calidad de vida.

#### **3.1. Justificación académica**

Se realizará este trabajo de investigación para la obtención del título de la Licenciatura de Médico Cirujano en la Universidad Autónoma del Estado de México.

#### **3.2. Justificación epidemiológica**

El Plan Nacional de Salud menciona que desde hace décadas, se ha observado un cambio en la manera de enfermar y de morir. Dicha transición ha motivado esta investigación que pretende dar a conocer el impacto que han tenido los Grupos de Ayuda Mutua en las comunidades del Estado de México como alternativa en el tratamiento de las enfermedades crónico degenerativas y su efectividad sobre la calidad de vida de los pacientes adultos mayores.

#### **3.3. Justificación educativa**

El presente estudio, nos permite hacer hincapié en la importancia que tiene la educación y el fomento a la salud, visualizando al paciente no solo como un enfermo, sino como un ser biopsicosocial; así nos plantea la oportunidad de aportar a la comunidad médica una herramienta más en la formación de recursos humanos capacitados en abordaje integral del paciente.

#### **IV. HIPÓTESIS**

Los adultos mayores con enfermedades crónico degenerativas que asisten a los Grupos de Ayuda Mutua, tienen una mejor calidad de vida respecto a aquellos que no participan en dichos grupos.

## **V. OBJETIVOS**

### **5.1. Objetivo general**

Analizar la importancia de los Grupos de Ayuda Mutua sobre la calidad de vida en los adultos mayores con enfermedades crónico – degenerativas; de las comunidades de Santa María del Monte, Zinacantepec y Santa Juana, Almoloya de Juárez.

### **5.2. Objetivos específicos**

- Identificar la percepción que tienen los adultos mayores de su calidad de vida.
- Determinar la calidad de vida en adultos mayores con enfermedad crónico-degenerativa, de acuerdo al puntaje obtenido por el cuestionario WHOQOL-BREF.
- Analizar la calidad de vida en adultos mayores con enfermedad crónico-degenerativa de acuerdo a su grupo etario.
- Determinar la calidad de vida en adultos mayores con enfermedad crónico-degenerativa de acuerdo al género.
- Conocer la calidad de vida en adultos mayores de acuerdo al padecimiento crónico-degenerativo.
- Comparar a los asistentes a los grupos de ayuda mutua, y los pacientes con enfermedades crónico degenerativas que no asisten a ellos.
- Al finalizar el trabajo de investigación, se desea aportar a las autoridades correspondientes de las instituciones públicas a cargo de la población en estudio; una herramienta para la creación de nuevas estrategias que permitan mejorar su estado de salud y su calidad de vida.



## VI. MATERIAL Y MÉTODO

### Tipo de estudio

Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo y observacional con los datos obtenidos posterior a la aplicación del cuestionario WHOQOL-BREF, el cual evaluó la calidad de vida de los pacientes seleccionados, así como la cédula de recolección de datos.

### Diseño de estudio

Se analizaron las variables del cuestionario WHOQOL-BREF (Anexo 2), y la cédula de recolección de datos, vaciando los datos en una hoja de Excel, por medio de la cual, se obtuvieron los resultados y se plasmaron en graficas basadas en los objetivos propuestos.

Los resultados se analizaron por medio de estadística descriptiva y posteriormente se redactaron las conclusiones.

### Operacionalización de las variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Nivel de medición	Indicadores
<b>Calidad de vida</b>	La percepción del individuo sobre su posición en la vida, en el contexto de la cultura y el sistema de valores en que vive, en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones	Estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional; que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas	Cualitativa Ordinal	- Muy buena - Buena - Regular - Mala

<b>Enfermedad Crónica degenerativa</b>	Enfermedad de larga duración y por lo general de progresión lenta. Afección en la función y/o la estructura de los tejidos u órganos afectados, o bien en los mecanismos de regeneración que no se deban fundamentalmente a factores psicosomáticos. O bien físicos externos que ocasionen una falta de regeneración o un exceso descontrolado de regeneración y que empeoran con el transcurso del tiempo.	Se considerarán como enfermedades crónico degenerativas en este estudio: la hipertensión arterial sistémica (cifras tensionales arriba de 140/90mmHg), la Diabetes Mellitus (Glucemia superior a 110mg/dL), Síndrome metabólico (presencia de 3 o más de las siguientes condiciones: Obesidad central, Hipertrigliceridemia, Colesterol HDL bajo, hipertensión arterial y/o Diabetes Mellitus), y Enfermedad Articular Degenerativa.	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Diabetes Mellitus</li> <li>-Hipertensión arterial</li> <li>-Síndrome metabólico</li> <li>-Enfermedad articular degenerativa</li> </ul>
<b>Grupo de Ayuda Mutua</b>	Conjunto de personas que comparten un problema o situación común, que deciden reunirse de forma voluntaria y periódica para mejorar su situación social y colectiva.	Se consideran aquellos grupos de pacientes que bajo supervisión médica, realizan actividades adicionales al tratamiento para lograr el control de su enfermedad.	Cualitativa Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si</li> <li>- No</li> </ul>
<b>Edad</b>	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un ser vivo.	Se estratificará a la población mayor de 60 años en décadas.	Cuantitativa Discreta	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 60-69años</li> <li>- 70 a 79 años</li> <li>- 80 a 89 años</li> <li>- Mayor de 90 años</li> </ul>
<b>Género</b>	Condición orgánica masculina o femenina	Se clasificará a la población mediante la siguiente escala nominal: femenino o masculino.	Cualitativa Nominal Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Femenino</li> <li>-Masculino</li> </ul>

## **Universo de Trabajo**

Este estudio de investigación, se realizó con una población total de 80 adultos mayores de 60 años de edad, que padecen alguna enfermedad crónico degenerativa (Diabetes mellitus, Hipertensión arterial, Síndrome Metabólico y/o Enfermedad Articular Degenerativa). Atendidos en los centros de salud de las comunidades de Santa Juana Primera sección, Almoloya de Juárez y Santa María del Monte, Zinacantepec. De los cuales, 40 acuden a los grupos de ayuda mutua y 40 de población abierta.

## **Criterios de inclusión**

- Pacientes del C.S.R.D. Santa Juana Primera sección, mayores de 60 años con alguna enfermedad crónico degenerativa (Diabetes mellitus, Hipertensión arterial, Síndrome Metabólico y/o Enfermedad Articular Degenerativa).
- Pacientes del C.S.R.D. Santa María del Monte, mayores de 60 años con alguna enfermedad crónico degenerativa (Diabetes mellitus, Hipertensión arterial, Síndrome Metabólico y/o Enfermedad Articular Degenerativa).
- Pacientes del C.S.R.D. Santa Juana Primera sección, mayores de 60 años con alguna enfermedad crónico degenerativa que acepten de manera voluntaria contestar el cuestionario WHOQOL-BREF completo.
- Pacientes del C.S.R.D. Santa María del Monte, mayores de 60 años con alguna enfermedad crónico degenerativa que acepten de manera voluntaria contestar el cuestionario WHOQOL-BREF completo.

## **Criterios de exclusión**

- Pacientes del C.S.R.D. Santa Juana Primera sección, mayores de 60 años que no padezcan alguna enfermedad crónico degenerativa.

- Pacientes del C.S.R.D. Santa María del Monte, mayores de 60 años que no padezcan alguna enfermedad crónico degenerativa.
- Pacientes del C.S.R.D. Santa Juana Primera sección, mayores de 60 años que padezcan alteraciones de la memoria y/o enfermedad de Alzheimer
- Pacientes del C.S.R.D. Santa María del Monte, mayores de 60 años que padezcan alteraciones de la memoria y/o enfermedad de Alzheimer
- Pacientes del C.S.R.D. Santa Juana Primera sección, mayores de 60 años con alguna enfermedad crónico degenerativa que no acepten de manera voluntaria contestar el cuestionario WHOQOL-BREF.
- Pacientes del C.S.R.D. Santa María del Monte. mayores de 60 años con alguna enfermedad crónico degenerativa que no acepten de manera voluntaria contestar el cuestionario WHOQOL-BREF.

### **Criterios de eliminación**

- Pacientes de los C.S.R.D. de Santa Juana Primera sección y Santa María del Monte mayores de 60 años, con alguna enfermedad crónico degenerativa que contesten de manera incompleta el cuestionario WHOQOL-BREF.

### **Instrumento de investigación**

Se utilizó el cuestionario WHOQOL-BREF, versión abreviada del cuestionario WHOQOL-100, el cual consta de un total de 26 preguntas. Cada ítem tiene 5 opciones de respuesta ordinales tipo Likert, del cual se obtuvieron sumas parciales para cada dominio en puntuaciones que van de 0 a 130, a mayor puntaje se consideró mejor calidad de vida.

### **Aplicación**

Los tesisas aplicaron el cuestionario WHOQOL-BREF a los pacientes de los C.S.R.D. de Santa Juana Primera sección y Santa María del Monte mayores de 60 años; con alguna enfermedad crónico degenerativa, que asistieron a las sesiones de los grupos de ayuda mutua; y para el grupo de población abierta durante la

consulta para alguna enfermedad crónico degenerativa, previa firma de consentimiento informado.

En el caso de pacientes analfabetas y con deficiencias visuales, los tesistas guiaron el cuestionario con las respuestas que los pacientes proporcionaron previo planteamiento de las preguntas.

### **Desarrollo del proyecto**

El presente trabajo de investigación, se realizó con la participación de los pacientes de la tercera edad de los Centros de Salud Rurales de Santa María del Monte y Santa Juana 1ª sección; previa autorización y firma de consentimiento informado, con la finalidad de conocer como es la calidad de vida de ellos al padecer alguna enfermedad crónico-degenerativa.

### **Diseño de análisis**

La cédula de recolección de datos que se empleó en el estudio de investigación, se diseñó utilizando las siguientes variables:

- 1.- Percepción de la calidad de vida de los participantes
- 2.- Calidad de vida por el puntaje obtenido en el cuestionario WHOQL-BREF
- 3.- Calidad de vida de acuerdo al género
- 4.- Calidad de vida por grupo de edad
- 5.- Calidad de vida por número de enfermedades
- 6.- Calidad de vida de acuerdo a la asistencia al Grupo de Ayuda Mutua

### **Diseño estadístico**

Los resultados obtenidos se concentraron en una base de datos SPSS versión 19, utilizando estadística descriptiva para la presentación de los datos con variables cuantitativas. Se utilizaron promedios y porcentajes, los resultados se muestran mediante histogramas y cuadros de resumen, destacando los aspectos más importantes del estudio. En base a éstas se emitieron las conclusiones y sugerencias.

## **VII. IMPLICACIONES ÉTICAS**

De acuerdo a la declaración de Helsinki de la asociación médica mundial y a la Ley General de Salud en materia de investigación; en su artículo 17-1 mencionan que se trata de una investigación sin riesgos para el paciente, sin embargo, se anexa carta de Consentimiento informado para avalar la autorización por escrito para utilizar los datos obtenidos en el instrumento de investigación. Toda información recopilada dentro del estudio, se utilizó única y exclusivamente con fines de investigación y se respetó la confidencialidad del paciente; así mismo, el estudio no realizó pruebas que pudieran comprometer la integridad física o emocional de los encuestados.

## **VIII.- ANÁLISIS Y RESULTADOS**

En los meses de junio y julio del 2014 en los Centros de Salud Rurales de “Santa Juana 1ª sección” y “Santa María del Monte”; se realizó la aplicación del cuestionario WHOQOL-BREF, junto con la cédula de recolección de datos a un total de 80 adultos mayores de 60 años de edad, previa firma de consentimiento informado.

La aplicación de dicho cuestionario, se realizó con el apoyo del personal médico y de enfermería de las unidades de salud en estudio y bajo la supervisión de las tesisistas.

Una vez concluidas las encuestas del instrumento de investigación, se realizó la revisión de las mismas, sin encontrar criterios de eliminación en éstas; por lo que se procede al análisis de la información.

Para fines de este análisis, se hace referencia al Grupo de Ayuda Mutua como grupo 1 y al grupo control o de población abierta como grupo 2.

Para conocer la percepción que tienen los adultos mayores sobre su calidad de vida se consideró la pregunta No. 1 del cuestionario. De los 80 pacientes que participaron en las 2 comunidades -40 que integran el Grupo de Ayuda Mutua y 40 de población abierta-; 2 consideran tener una muy buena calidad de vida (2.5%), 39 respondieron que su calidad de vida es buena (48.7%), 33 que es regular (41.3%) y 6 afirman tener una mala calidad de vida (7.5%). (Cuadro y Gráfica 9.1.)

De los adultos mayores del grupo 1, el 5% tuvo la percepción de una calidad de vida muy buena, el 70% como buena, el 25% como regular y ninguno refirió tener mala calidad de vida. En el grupo 2 ningún paciente refirió muy buena calidad de vida, el 27.5% la refirió como buena, el 57.5% como regular y 15% como mala.

Así encontramos que los adultos mayores que participan en el GAM tienen la percepción de una mejor calidad de vida. (Cuadro y Grafica 9.1.1.)

De acuerdo al puntaje obtenido tras la aplicación del cuestionario y basado en la escala del mismo; la calidad de vida de los 80 adultos participantes se evaluó de la siguiente manera: Muy buena calidad de vida: 6 adultos (7.5%), buena: 38 adultos (47.5%), regular: 24 adultos (30.5%) y 12 obtuvieron puntaje de mala calidad de vida (15%). (Cuadro y Gráfica 9.2.)

Posteriormente se realizó el análisis comparativo entre ambos grupos con los siguientes resultados: En el grupo 1, el 15% obtuvo un puntaje que califica su calidad de vida como muy buena, 80% como buena y 5% como regular. De los pacientes del grupo 2, el 15% obtuvo calidad de vida buena, 55% con regular y 30% como mala. Lo anterior, sustenta que los participantes del GAM perciben y tienen una mejor calidad de vida. (Cuadro y Gráfica 9.2.1.)

De los 80 pacientes que participaron en el estudio 25 fueron hombres y 55 mujeres. (Cuadro y gráfica 9.3.). A continuación se muestra el análisis de resultados de acuerdo a género.

Los 25 adultos mayores del género masculino, representan el 31.4% del total de la población consultada. En ellos, los resultados obtenidos en calidad de vida de acuerdo al puntaje de la encuesta fueron: 5% con muy buena calidad de vida, 13.8% con buena, 8.8% con regular y 3.8% con mala calidad. (Cuadro y gráfica 9.3.1.). En el caso del género femenino, se contó con 55 participantes que corresponde al 68.6% del total, de ellas, 2.5% obtuvieron un puntaje de muy buena calidad de vida, 33.7% con buena, 23.7% con calidad de vida regular y 8.7% con mala. (Cuadro y gráfica 9.3.2.)

Llama la atención que es predominante la asistencia de las mujeres para el control de sus padecimientos; sin embargo, se observó que el indicador de Muy buena calidad de vida prevalece en el género masculino. En el resto de los indicadores de la encuesta, no se encontró gran diferencia en ambos géneros.



Conforme a la edad de los participantes, predominó el grupo de 60-69 años con un total de 51 participantes (63.7%), (Cuadro y gráfica 9.4.). De éste grupo etáreo, el 6.2% se evalúa con muy buena calidad de vida, 31.3% con buena, 17.5% con regular y 8.7% con mala. (Cuadro y gráfica 9.4.1.).

Los pacientes de 70-79 años, corresponden al 28.7% del total, y se observa mínima diferencia entre una calidad de vida buena y regular por el puntaje obtenido, siendo 12.5 % y 11.3% respectivamente. (Cuadro y gráfica 9.4.2.).

En el grupo de 80 a 89 años que únicamente representa el 6.3%; se observa un resultado homogéneo para la calidad de vida buena y mala, representando cada uno el 2.5%. Sin embargo, es de destacar que el porcentaje que representa la calidad de vida buena, corresponde a pacientes que asisten al GAM, contrario al porcentaje de calidad de vida mala que fue obtenido por pacientes que no asisten al este grupo. (Cuadro y gráfica 9.4.3.).

Finalmente, en el grupo de 90 años y más, únicamente participó 1 paciente, la cual pertenece al grupo de ayuda mutua y que obtuvo un puntaje que ubica su calidad de vida como buena. Los datos anteriores demuestran que la calidad de vida puede ir ligada a la edad; sin embargo, existen otros factores que la determinan, siendo el grupo de ayuda mutua uno de estos.

Dentro de la cédula de recolección de datos, se incluyó un apartado en el cual se pidió al encuestado referir cual o cuales enfermedades crónico-degenerativas padecen, así se encontró una frecuencia de: 35 pacientes con Hipertensión arterial sistémica, 31 con Diabetes Mellitus, 20 con Síndrome metabólico y 20 con Enfermedad articular degenerativa. Cabe mencionar que de los pacientes encuestados, algunos de ellos presentan dos o más padecimientos, lo que llevó al análisis de la calidad de vida de acuerdo al número de padecimientos. Así obtenemos lo siguiente:

El 60% de los participantes han sido diagnosticados con sólo una enfermedad, representando la mayor parte de la población en estudio. (Cuadro y gráfica 9.5.). De este grupo, el 6.2% presentó una calidad de vida muy buena, destacando que la

totalidad pertenece al GAM; el 33.8% se ubica con calidad de vida buena siendo el 30% perteneciente al grupo 1 y el 3.8% al grupo 2; con calidad de vida regular, se encuentra el 15%, en su mayoría corresponde a pacientes del grupo 2: 12.5% contra 2.5% de pacientes del grupo 1. Finalmente, con calidad de vida mala un 5%, todos de población abierta. (Cuadro y gráfica 9.5.1.).

Con dos padecimientos encontramos un 18.8% de los participantes; de ellos, el 1.3% presentan una calidad de vida muy buena, siendo la totalidad pacientes de los Grupos de Ayuda Mutua. El 7.5% con calidad de vida buena, de ellos, el 6.3% son pacientes del grupo 1 y 1.2% del grupo 2. Con resultado regular 8.7%, correspondiendo todos al grupo 2; y finalmente, con mala calidad de vida el 1.3% también todos de población abierta. (Cuadro y gráfica 9.5.2.)

Respecto a los pacientes con 3 o más padecimientos; éstos corresponden al 21.2% del total, de los cuales, el 5% presentan calidad de vida buena; de ellos, el 3.7% son pacientes del grupo 1 y el 1.3% del grupo 2. Con calidad de vida regular el 7.5%, todos pacientes del grupo 2; y por último, con mala calidad de vida un 8.7% siendo todo de población abierta. (Cuadro y gráfica 9.5.3.).

Los datos presentados nos indican que independientemente del padecimiento crónico degenerativo que afecte al paciente, si éste presenta 2 o más morbilidades su calidad de vida disminuye.

Por último, realizando una comparación general de los participantes del estudio de investigación que asisten al Grupo de Ayuda Mutua, frente a los participantes de población abierta; encontramos que la mayoría de los pacientes del primer grupo obtuvieron mayor puntaje en el cuestionario WHOQOL-BREF; lo que ubica su calidad de vida en los parámetros de Buena a Muy buena, correspondiendo al 95%, contrario al segundo grupo, cuyos puntajes a la mayoría los ubica en calidad de vida de mala a regular, representando el 85% del total del grupo en comparación. (Cuadro y gráfica 9.6.).

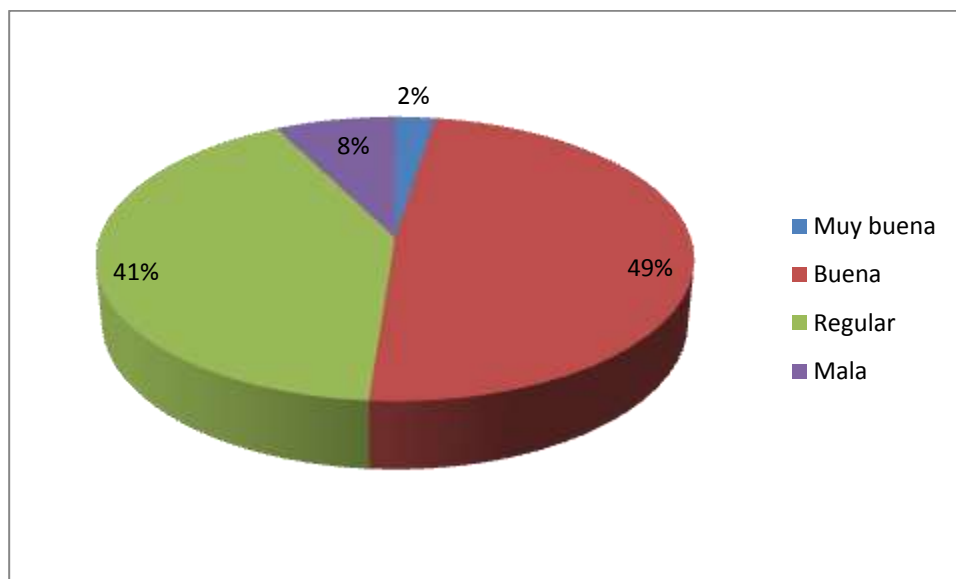
## IX. CUADROS Y GRÁFICAS

**CUADRO 9.1. PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES PARTICIPANTES:**

Percepción	Frecuencia	Porcentaje (%)
Muy buena	2	2.5
Buena	39	48.7
Regular	33	41.3
Mala	6	7.5
Total	80	100%

Fuente: Cuestionario WHOQOL-BREF aplicado a adultos mayores de los C.S.R.D de “Santa Juana 1ª sección” y “Santa María del Monte”.

**GRÁFICA 9.1. PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES PARTICIPANTES:**



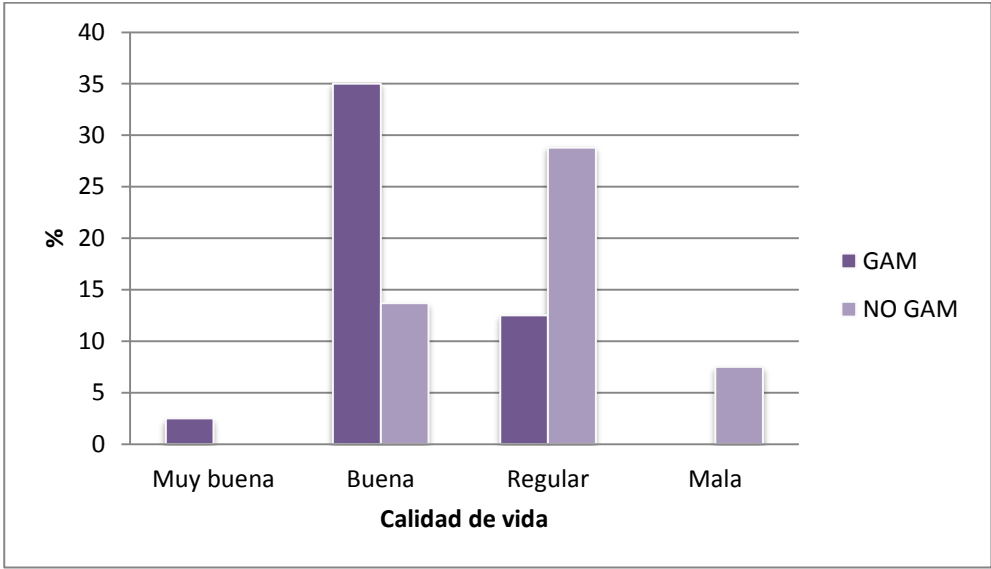
Fuente: Cuadro 9.1.

**CUADRO 9.1.1. PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA POR PERTENENCIA AL GAM:**

Percepción	GAM	%	NO GAM	%	TOTAL	
Muy buena	2	2.5	0	0	2	2.5%
Buena	28	35	11	13.7	39	48.7%
Regular	10	12.5	23	28.8	33	41.3%
Mala	0	0	6	7.5	6	7.5%
Total	40	50%	40	50%	80	100%

Fuente: Cuestionario WHOQOL-BREF aplicado a adultos mayores de los C.S.R.D de “Santa Juana 1ª sección” y “Santa María del Monte”.

**GRÁFICA 9.1.1 PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA POR PERTENENCIA AL GAM:**



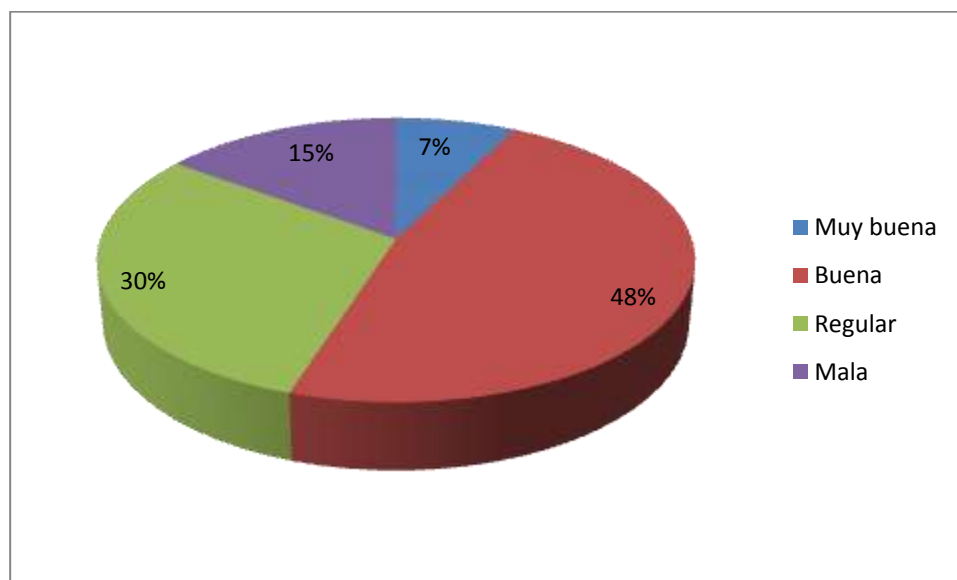
Fuente: Cuadro 9.1.1

**CUADRO 9.2. CALIDAD DE VIDA POR EL PUNTAJE OBTENIDO EN EL CUESTIONARIO WHOQOL-BREF:**

Puntaje	Frecuencia	Porcentaje (%)
Muy buena	6	7.5
Buena	38	47.5
Regular	24	30
Mala	12	15
Total	80	100

Fuente: Cuestionario WHOQOL-BREF aplicado a adultos mayores de los C.S.R.D de “Santa Juana 1ª sección” y “Santa María del Monte”.

**GRÁFICA 9.2. CALIDAD DE VIDA POR EL PUNTAJE OBTENIDO EN EL CUESTIONARIO WHOQOL-BREF:**



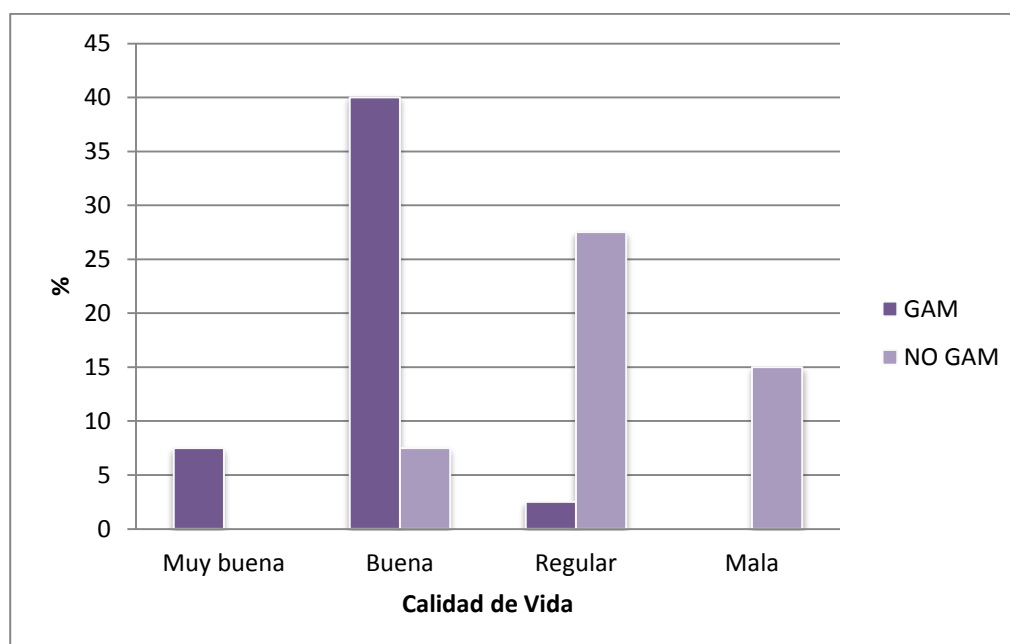
Fuente: Cuadro 9.2.

**CUADRO 9.2.1. CALIDAD DE VIDA POR EL PUNTAJE OBTENIDO EN EL CUESTIONARIO WHOQOL-BREF Y PERTENENCIA AL GAM**

Puntaje	GAM	%	NO GAM	%	TOTAL	
Muy buena	6	7.5	0	0	6	7.5%
Buena	32	40	6	7.5	38	47.5%
Regular	2	2.5	22	27.5	24	30%
Mala	0	0	12	15	12	15%
Total	40	50	40	50	80	100%

Fuente: Cuestionario WHOQOL-BREF aplicado a adultos mayores de los C.S.R.D de “Santa Juana 1ª sección” y “Santa María del Monte”.

**GRÁFICA 9.2.1. CALIDAD DE VIDA POR EL PUNTAJE OBTENIDO EN EL CUESTIONARIO WHOQOL-BREF Y PERTENENCIA AL GAM**



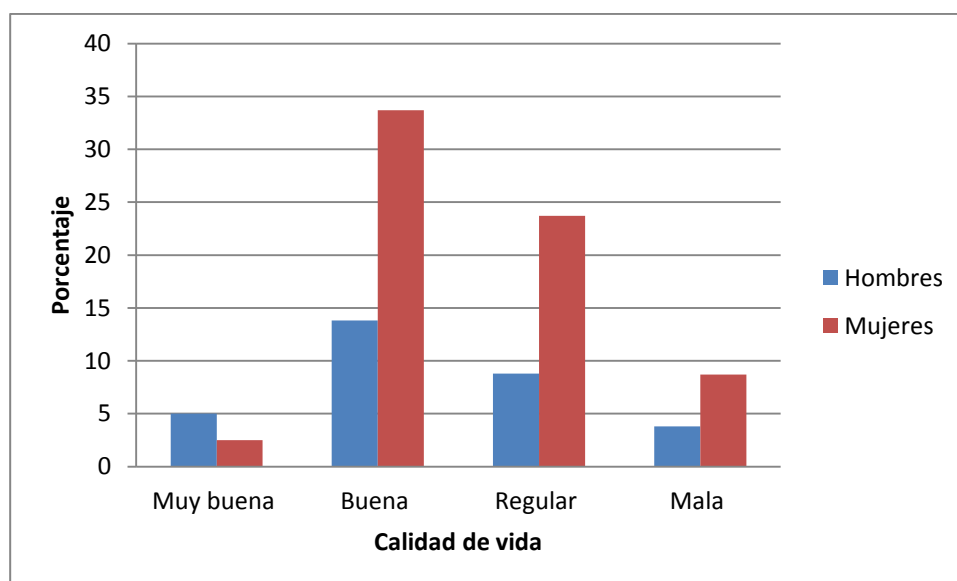
Fuente: Cuadro 9.2.1.

**CUADRO 9.3. CALIDAD DE VIDA DE LOS PARTICIPANTES DE ACUERDO AL GÉNERO:**

	Hombres		Mujeres	
Puntaje	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
Muy buena	4	5	2	2.5
Buena	11	13.8	27	33.7
Regular	7	8.8	19	23.7
Mala	3	3.8	7	8.7
Total	25	31.4	55	68.6

Fuente: Cuestionario WHOQOL-BREF aplicado a adultos mayores de los C.S.R.D de “Santa Juana 1ª sección” y “Santa María del Monte”.

**GRÁFICA 9.3. CALIDAD DE VIDA DE LOS PARTICIPANTES DE ACUERDO AL GÉNERO:**



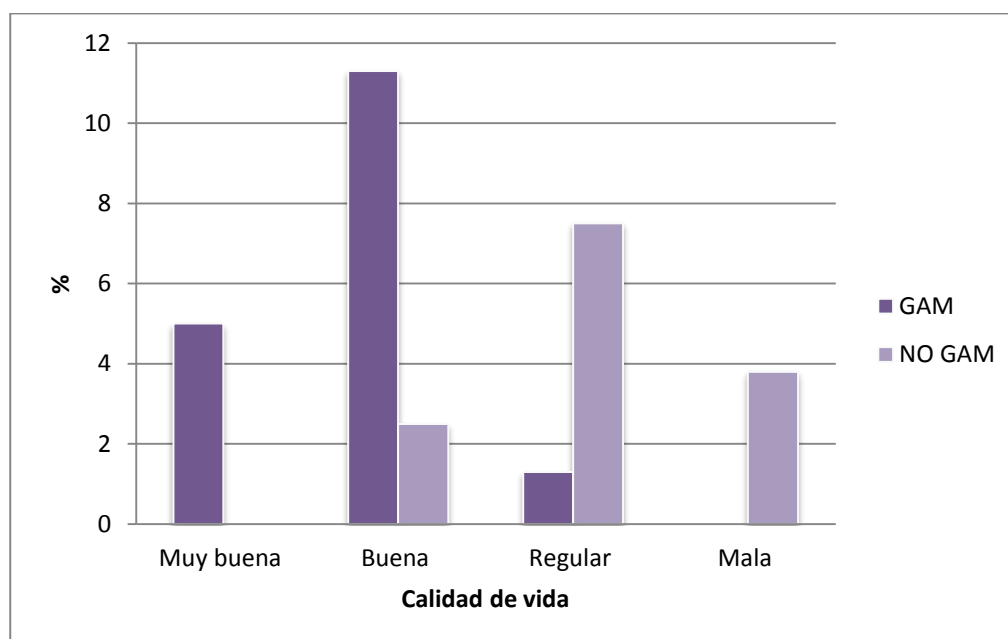
Fuente: Cuadro 9.3.

**CUADRO 9.3.1. CALIDAD DE VIDA DE LOS PARTICIPANTES DEL GÉNERO MASCULINO Y PERTENENCIA AL GAM:**

	Hombres		Hombres		Total	
Puntaje	GAM	(%)	No GAM	(%)	Frecuencia	(%)
Muy buena	4	5	0	0	4	5
Buena	9	11.3	2	2.5	11	13.8
Regular	1	1.3	6	7.5	7	8.8
Mala	0	0	3	3.8	3	3.8
Total	14	17.6	11	13.8	25	31.4

Fuente: Cuestionario WHOQOL-BREF aplicado a adultos mayores de los C.S.R.D de “Santa Juana 1ª sección” y “Santa María del Monte”.

**GRÁFICA 9.3.1. CALIDAD DE VIDA DE LOS PARTICIPANTES DEL GÉNERO MASCULINO Y PERTENENCIA AL GAM:**



Fuente: Cuadro 9.3.1

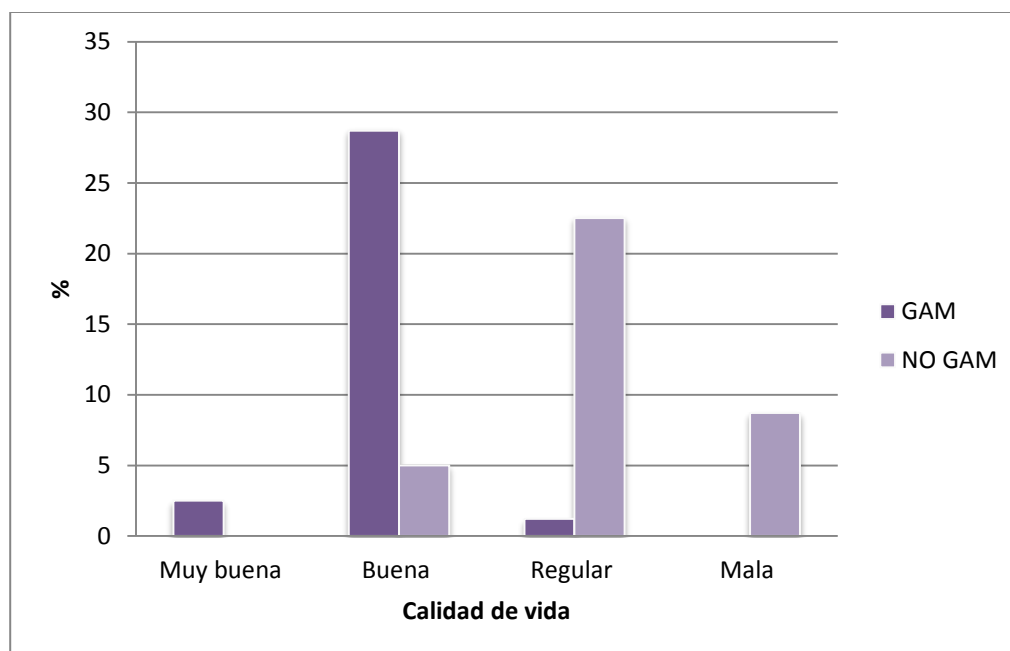


**CUADRO 9.3.2. CALIDAD DE VIDA DE LOS PARTICIPANTES DEL GÉNERO FEMENINO Y PERTENENCIA AL GAM:**

	Mujeres		Mujeres		Total	
Puntaje	GAM	(%)	No GAM	(%)	Frecuencia	(%)
Muy buena	2	2.5	0	0	2	2.5
Buena	23	28.7	4	5	27	33.7
Regular	1	1.2	18	22.5	19	23.7
Mala	0	0	7	8.7	7	8.7
Total	26	32.4	29	36.2	55	68.6

Fuente: Cuestionario WHOQOL-BREF aplicado a adultos mayores de los C.S.R.D de “Santa Juana 1ª sección” y “Santa María del Monte”.

**GRÁFICA 9.3.2. CALIDAD DE VIDA DE LOS PARTICIPANTES DEL GÉNERO FEMENINO Y PERTENENCIA AL GAM:**



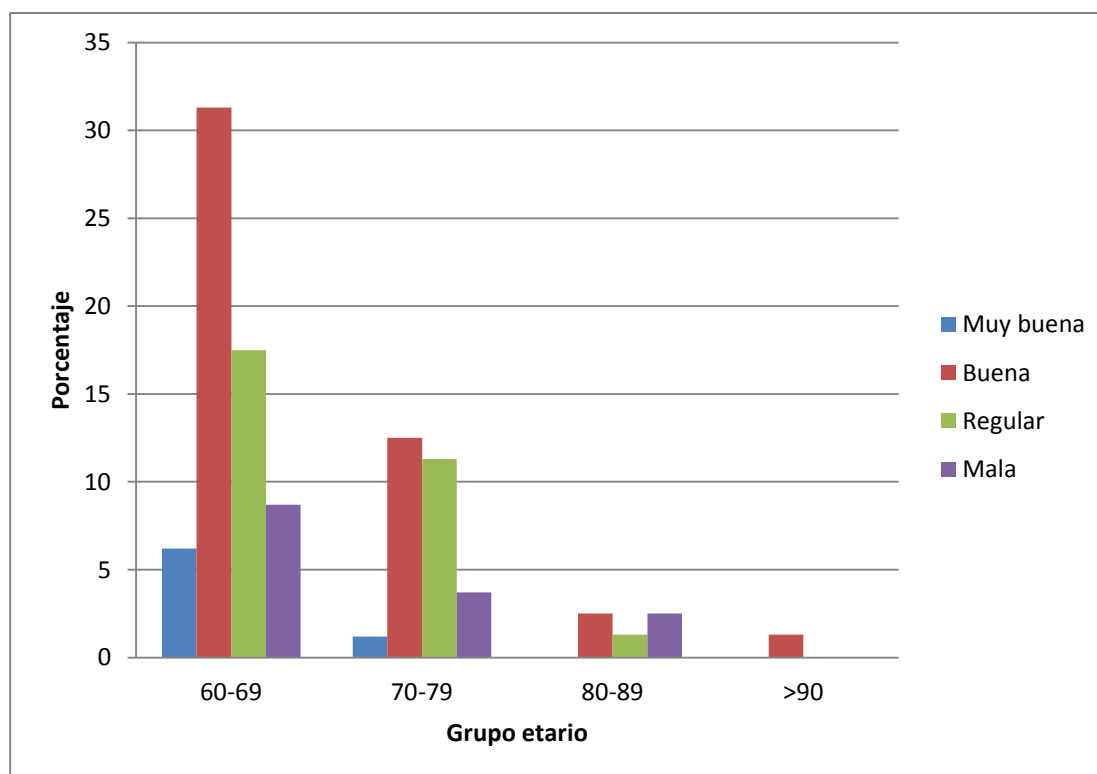
Fuente: Cuadro 9.3.2

**CUADRO 9.4. CALIDAD DE VIDA DE ACUERDO A GRUPO DE EDAD:**

EDAD	60-69		70-79		80-89		>90	
Puntaje	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
Muy buena	5	6.2	1	1.2	0	0	0	0
Buena	25	31.3	10	12.5	2	2.5	1	1.3
Regular	14	17.5	9	11.3	1	1.3	0	0
Mala	7	8.7	3	3.7	2	2.5	0	0
Total	51	63.7	23	28.7	5	6.3	1	1.3

Fuente: Cuestionario WHOQOL-BREF aplicado a adultos mayores de los C.S.R.D de “Santa Juana 1ª sección” y “Santa María del Monte”.

**GRÁFICA 9.4. CALIDAD DE VIDA DE ACUERDO A GRUPO DE EDAD:**



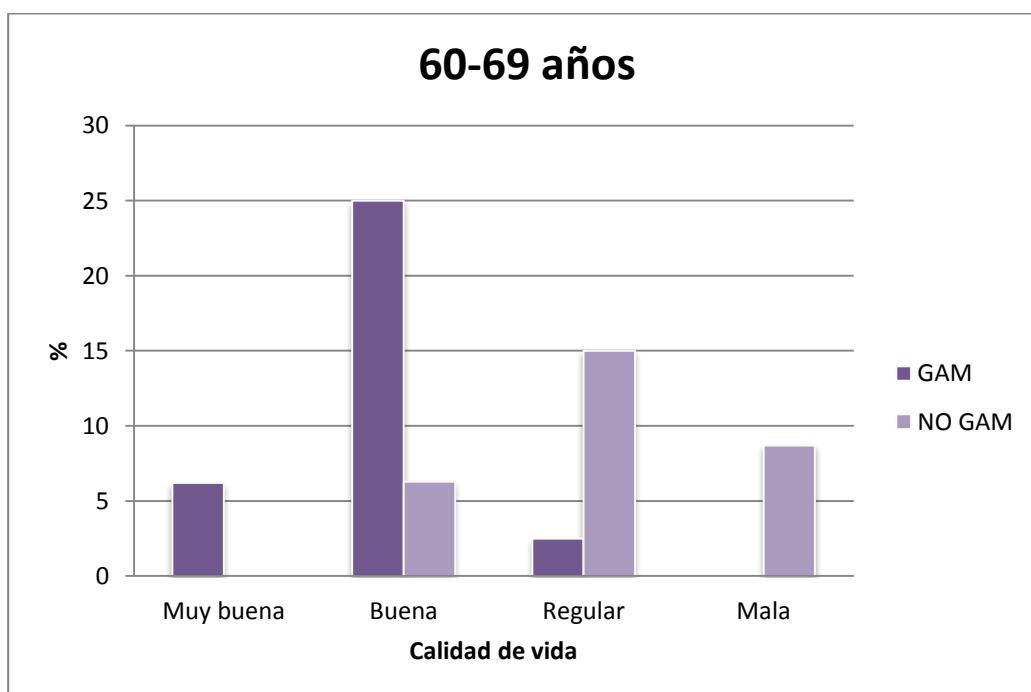
Fuente: Cuadro 9.4.

**CUADRO 9.4.1. CALIDAD DE VIDA DEL GRUPO DE EDAD DE 60-69 AÑOS Y PERTENENCIA AL GAM:**

EDAD	60-69 GAM		60-69 No GAM		Total	
Puntaje	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
Muy buena	5	6.2	0	0	5	6.2
Buena	20	25	5	6.3	25	31.3
Regular	2	2.5	12	15	14	17.5
Mala	0	0	7	8.7	7	8.7
Total	27	33.7	24	30	51	63.7

Fuente: Cuestionario WHOQOL-BREF aplicado a adultos mayores de los C.S.R.D de “Santa Juana 1ª sección” y “Santa María del Monte”.

**GRÁFICA 9.4.1. CALIDAD DE VIDA DEL GRUPO DE EDAD DE 60-69 AÑOS Y PERTENENCIA AL GAM:**



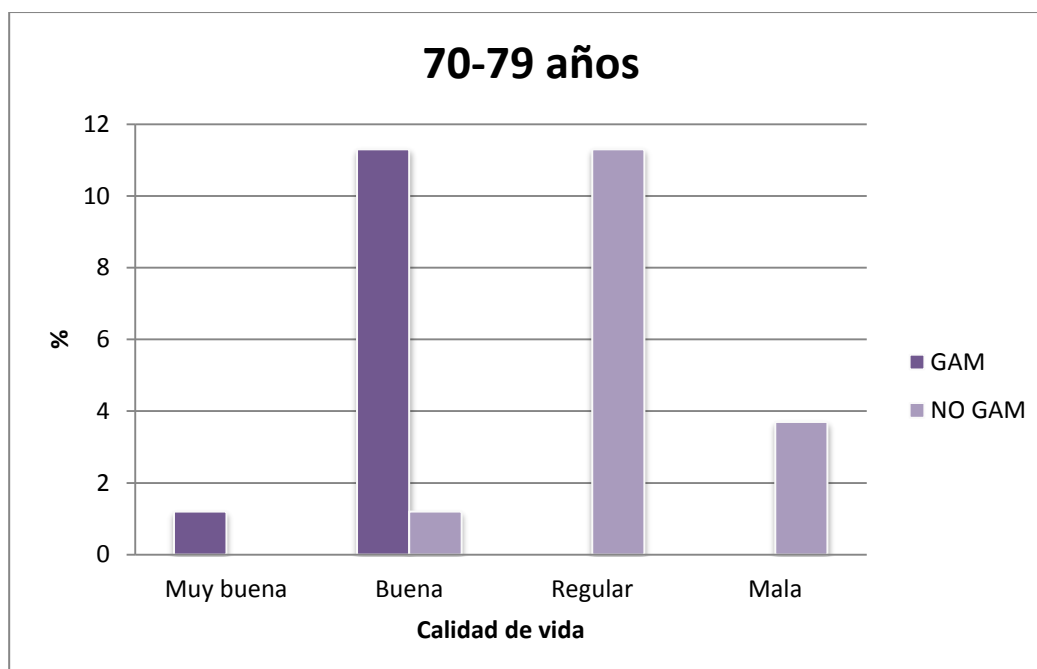
Fuente: Cuadro 9.4.1.

**CUADRO 9.4.2. CALIDAD DE VIDA DEL GRUPO DE EDAD DE 70-79 AÑOS Y PERTENENCIA AL GAM:**

EDAD	70-79 GAM		70-79 No GAM		Total	
Puntaje	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
Muy buena	1	1.2	0	0	1	1.2
Buena	9	11.3	1	1.2	10	12.5
Regular	0	0	9	11.3	9	11.3
Mala	0	0	3	3.7	3	3.7
Total	10	12.5	13	16.2	23	28.7

Fuente: Cuestionario WHOQOL-BREF aplicado a adultos mayores de los C.S.R.D de “Santa Juana 1ª sección” y “Santa María del Monte”.

**GRÁFICA 9.4.2. CALIDAD DE VIDA DEL GRUPO DE EDAD DE 70-79 AÑOS Y PERTENENCIA AL GAM:**



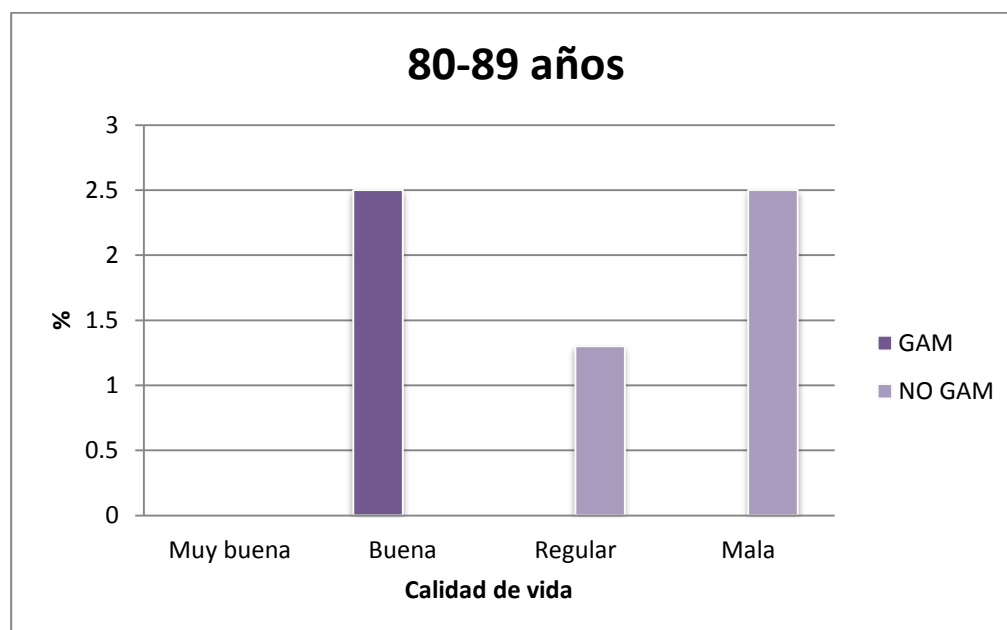
Fuente: Cuadro 9.4.2.

**CUADRO 9.4.3. CALIDAD DE VIDA DEL GRUPO DE EDAD DE 80-89 AÑOS Y PERTENENCIA AL GAM:**

EDAD	80-89 GAM		80-89 No GAM		Total	
Puntaje	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
Muy buena	0	0	0	0	0	0
Buena	2	2.5	0	0	2	2.5
Regular	0	0	1	1.3	1	1.3
Mala	0	0	2	2.5	2	2.5
Total	2	2.5	3	3.8	5	6.3

Fuente: Cuestionario WHOQOL-BREF aplicado a adultos mayores de los C.S.R.D de “Santa Juana 1ª sección” y “Santa María del Monte”.

**GRÁFICA 9.4.3. CALIDAD DE VIDA DEL GRUPO DE EDAD DE 80-89 AÑOS Y PERTENENCIA AL GAM:**



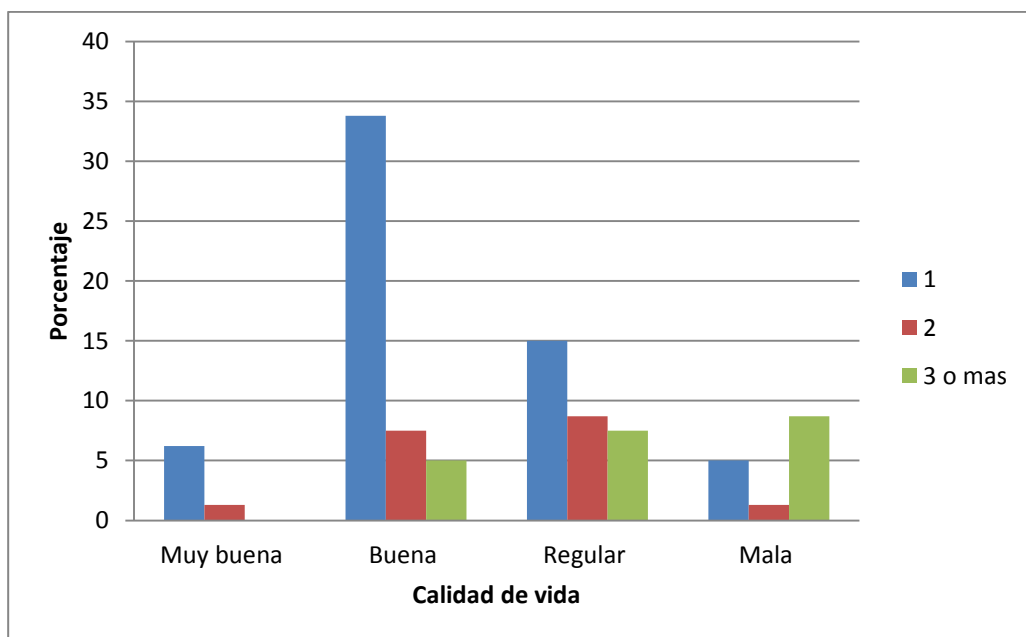
Fuente: Cuadro 9.4.3.

**CUADRO 9.5. CALIDAD DE VIDA DE ACUERDO A NÚMERO DE PADECIMIENTOS:**

No Padecimientos	1		2		3 o más	
Calidad de vida	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
Muy buena	5	6.2	1	1.3	0	0
Buena	27	33.8	6	7.5	4	5
Regular	12	15	7	8.7	6	7.5
Mala	4	5	1	1.3	7	8.7
Total	48	60	15	18.8	17	21.2

Fuente: Cuestionario WHOQOL-BREF aplicado a adultos mayores de los C.S.R.D de “Santa Juana 1ª sección” y “Santa María del Monte”.

**GRÁFICA 9.5. CALIDAD DE VIDA DE ACUERDO A NÚMERO DE PADECIMIENTOS:**



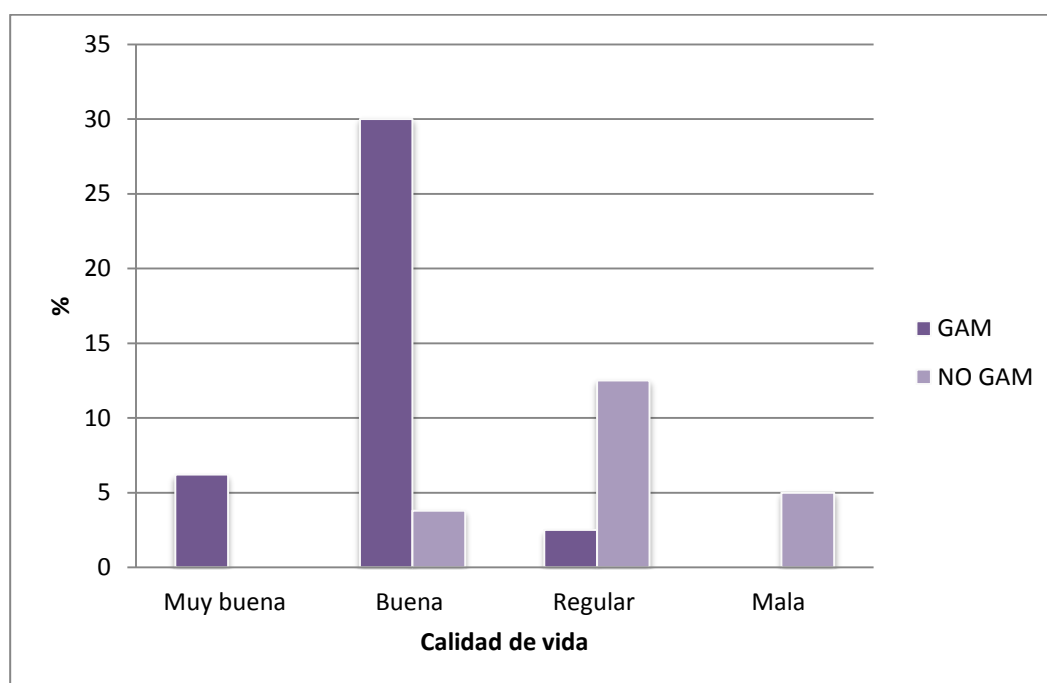
Fuente: Cuadro 9.5

**CUADRO 9.5.1. CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON 1 ENFERMEDAD Y PERTENENCIA AL GAM:**

No Padecimientos	GAM 1		NO GAM 1		TOTAL	
Calidad de vida	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
Muy buena	5	6.2	0	0	5	6.2
Buena	24	30	3	3.8	27	33.8
Regular	2	2.5	10	12.5	12	15
Mala	0	0	4	5	4	5
Total	31	38.7	17	21.3	48	60

Fuente: Cuestionario WHOQOL-BREF aplicado a adultos mayores de los C.S.R.D de “Santa Juana 1ª sección” y “Santa María del Monte”.

**GRÁFICA 9.5.1. CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON 1 ENFERMEDAD Y PERTENENCIA AL GAM:**



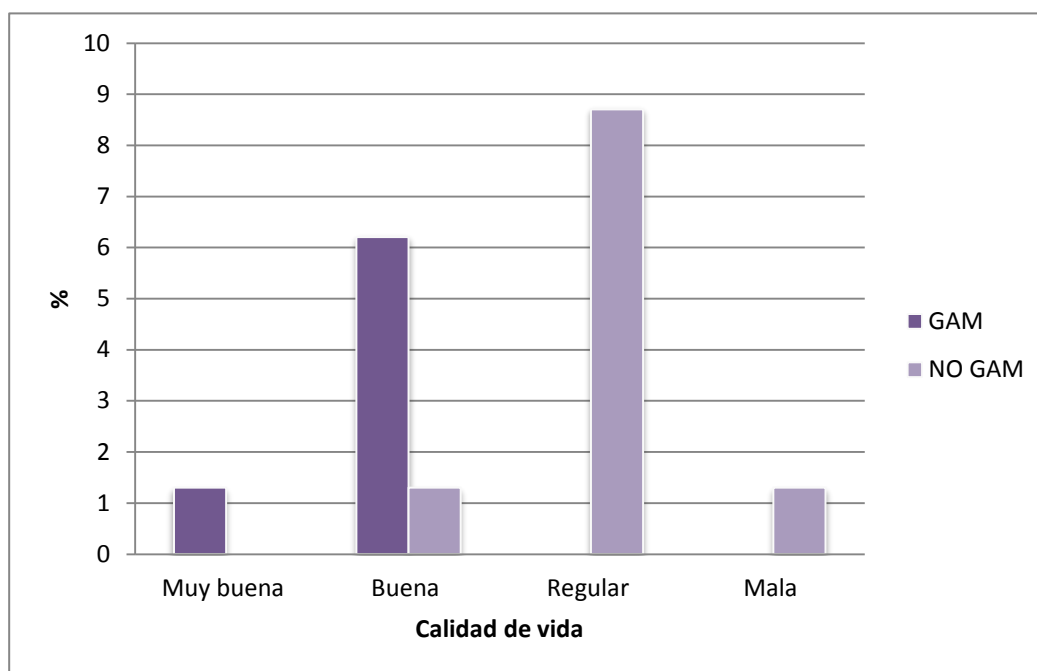
Fuente: Cuadro 9.5.1.

**CUADRO 9.5.2. CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON 2 ENFERMEDADES Y PERTENENCIA AL GAM:**

No Padecimientos	GAM 2		NO GAM 2		TOTAL	
Calidad de vida	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
Muy buena	1	1.3	0	0	1	1.3
Buena	5	6.2	1	1.3	6	7.5
Regular	0	0	7	8.7	7	8.7
Mala	0	0	1	1.3	1	1.3
Total	6	7.5	9	11.3	15	18.8

Fuente: Cuestionario WHOQOL-BREF aplicado a adultos mayores de los C.S.R.D de “Santa Juana 1ª sección” y “Santa María del Monte”.

**GRÁFICA 9.5.2. CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON 2 ENFERMEDADES Y PERTENENCIA AL GAM:**



Fuente: Cuadro 9.5.2.

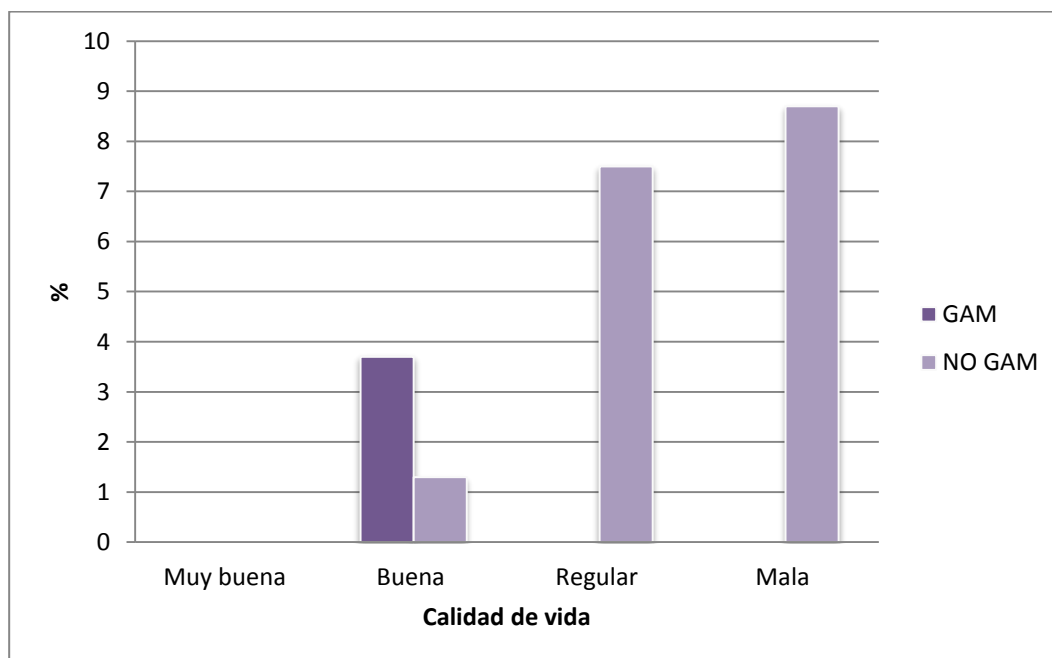


**CUADRO 9.5.3. CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON 3 O MÁS ENFERMEDADES Y PERTENENCIA AL GAM:**

No Padecimientos	GAM 3		NO GAM 3		TOTAL	
Calidad de vida	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
Muy buena	0	0	0	0	0	0
Buena	3	3.7	1	1.3	4	5
Regular	0	0	6	7.5	6	7.5
Mala	0	0	7	8.7	7	8.7
Total	3	3.7	14	17.5	17	21.2

Fuente: Cuestionario WHOQOL-BREF aplicado a adultos mayores de los C.S.R.D de “Santa Juana 1ª sección” y “Santa María del Monte”.

**GRÁFICA 9.5.3. CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON 3 O MÁS ENFERMEDADES Y PERTENENCIA AL GAM:**



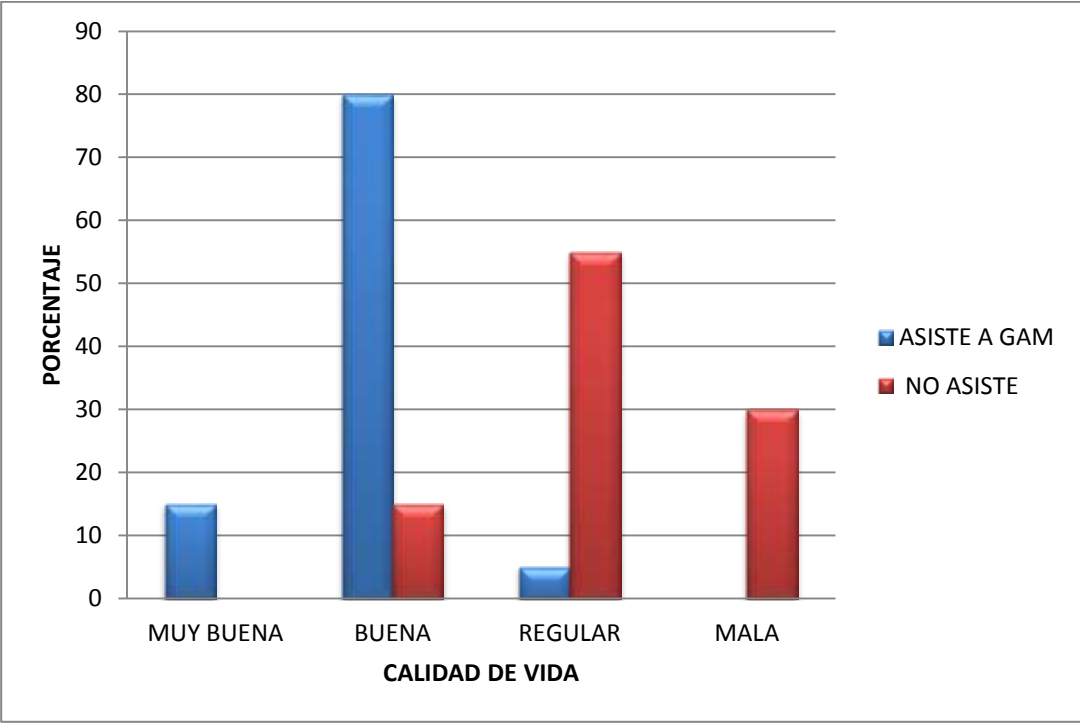
Fuente: Cuadro 9.5.3.

**CUADRO 9.6. CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DE ACUERDO A LA PERTENENCIA AL GRUPO DE AYUDA MUTUA:**

	Muy buena		Buena		Regulares		Mala		Total	(%)
Asiste al GAM	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)		
SI	6	15	32	80	2	5	0	0	40	100
NO	0	0	6	15	22	55	12	30	40	100

Fuente: Cuestionario WHOQOL-BREF aplicado a adultos mayores de los C.S.R.D de “Santa Juana 1ª sección” y “Santa María del Monte”.

**GRÁFICA 9.6. CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DE ACUERDO A LA PERTENENCIA AL GRUPO DE AYUDA MUTUA:**



Fuente: Cuadro 9.6

## **X. CONCLUSIONES**

Los estudios sobre la calidad de vida permiten indagar sobre algunas causas del proceso de salud y enfermedad; pues al estudiar la calidad de vida cotidiana de las personas de la tercera edad, se obtiene información pertinente que coadyuva a intervenir sobre el riesgo y el grado de vulnerabilidad ante las enfermedades crónicas; basados en criterios técnicos, cultura específica de la población y grado de equilibrio de la personalidad del individuo con su entorno.

Con base en lo anterior, a través de esta investigación concluimos lo siguiente:

En los resultados obtenidos en lo que respecta a la percepción que tienen los adultos mayores sobre su calidad de vida; encontramos que la mayoría de la población la considera buena. Cabe mencionar que aún con la falta de recursos económicos, la limitación para el trabajo y la presencia de enfermedades crónicas, se obtienen porcentajes altos, por lo que no representan factores no esenciales para encontrar satisfacción a su vida.

A los Servicios de Salud y a los GAM de nuestras comunidades, están acudiendo más mujeres, situación tal vez explicada por aspectos de género, siendo indispensable la investigación de los factores que propician éste fenómeno, con el objetivo de implementar estrategias que incorporen a un mayor número de hombres.

En lo que respecta a la edad de los participantes del estudio, se afirma que este parámetro no es un determinante de suma importancia para la calidad de vida del individuo, contrario a la idea que se pudiera generar. Misma situación se observa en cuanto a las enfermedades que el adulto mayor padece, pues sin importar cual o cuales sean éstas, la calidad de vida se ve influenciada por otros factores principalmente de aspecto emocional.

Lo anterior nos lleva a concluir que Los Grupos de Ayuda Mutua favorecen una mejor calidad de vida, permitiendo el control de las enfermedades, siendo este el objetivo principal de dichos grupos, también promueven la convivencia, la

recreación y la autoestima, creando una red de apoyo social invaluable con lazos afectivos entre los integrantes, independientemente del grupo de edad, género y enfermedad, demostrando así que la hipótesis planteada al inicio de esta investigación es verídica.

Los resultados obtenidos en esta investigación, servirán como punto de partida para el diseño e implementación de programas de detección, atención oportuna, seguimiento, control de estas enfermedades y rehabilitación en la población mayor de 60 años.

Finalmente, cabe señalar la importancia de llevar a cabo este tipo de estudios y con ello promover una mejor calidad de vida para este sector de la población; que de acuerdo con proyecciones realizadas por el INEGI, crecerá de manera sustancial en los próximos años, y con ellos, el número de personas enfermas.

## **XI. RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS**

- Dar a conocer los resultados de este trabajo de investigación a las autoridades y al personal de salud, para crear conciencia y enfatizar la importancia y trascendencia de los Grupos de Ayuda Mutua como parte del tratamiento integral de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas.
- Integrar a toda la población con alguna enfermedad crónico-degenerativa a los Grupos de Ayuda Mutua en las unidades del primer nivel de atención.
- Fomentar la incorporación de los familiares de los pacientes a los GAM.
- Es necesario transmitir a la población los resultados que se obtienen asistiendo a los GAM, con el objetivo de motivar a los pacientes con enfermedades crónicas a incorporarse a estos grupos sin importar la derechohabencia en salud que tengan.
- Capacitar al personal de salud, para no sólo coordinar o vigilar la asistencia de los participantes, sino que se involucren en la adopción de estilos de vida saludables siendo ejemplo de esto; y de esta forma prevenir, diagnosticar, tratar y rehabilitar las enfermedades crónico-degenerativas y sus complicaciones.
- Incrementar el número de Grupos de Ayuda Mutua de acuerdo a la demanda de cada unidad de salud.

## **XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

---

- 1** RUIZ-ARREGUI L, Rivera-Márquez JA. “Características de la morbilidad en población mexicana de edad avanzada: un análisis de la Encuesta Nacional de Salud 1988”. Salud Pública de México 2001; 38: pp.430-437.
- 2** ROJAS, F, et.al. “Tópicos de Geriatria”, UAEM, 1ª Edic., México, 2000. pp.10-11
- 3** Cuidados innovadores para las condiciones crónicas: Organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas. Washington, DC : OPS, 2013. Disponible en: [www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman...es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman...es)
- 4** Campaña de la OMS para un envejecimiento saludable, página oficial en español de la Organización Mundial de la Salud, disponible en: [www.who.int/topics/ageimg/es/](http://www.who.int/topics/ageimg/es/)
- 5** DIAZ ROJAS, Francisco. Tópicos de Geriatria, Ed. Prado, 2ª Edic., México, 2004.
- 6** C.D´HYVER, Geriatria, Mc Graw Hill, 1ª Edición, México, 2000, p.1
- 7** “El futuro que queremos: ¿Qué dicen las personas mayores?”, Página oficial de la ONU: [www.UN.org/es/](http://www.UN.org/es/)
- 8** Censo de Población y Vivienda México 2010, disponible en: [www.inegi.org.mx/sistemas/temas/censo2010](http://www.inegi.org.mx/sistemas/temas/censo2010)
- 9** ARZATE SALGADO, et.al. “Andar despacio. Envejecimiento Demográfico en el Estado de México”, GEM/CEMyBS, Toluca, 2012. Disponible en: <http://portal2.edomex.gob.mx/cemybs/adultosmayores/estadisticas/index.htm>
- 10** D´HYVER, Carlos de las Deses, Geriatria, 2ª edic, Edit. Manual Moderno, México, 2009. P.4
- 11** GONZÁLEZ RAMOS, Reyna Maribel M.C., “Correlación de la calidad de vida relacionada a la salud y cifras de hemoglobina glucosilada en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del centro médico ISSEMYM Ecatepec”, Tesis, 2013, pp.6-7
- 12** GONZÁLEZ-CELIS y Rangel Ana Luisa, “Calidad de vida en el adulto mayor”, Instituto Nacional de Geriatria, 2002, p.367. Disponible en [www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/34.pd](http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/34.pd)
- 13** MORA, Mónica y Cols. “Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad físico recreativa”. Universidad Nacional Costa Rica, MH Salud, vol. 1, núm. 1, septiembre, 2004, pp. 1-12  
Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=237017928002>
- 14** WHOQOL-100. División de Salud Mental. Página oficial en español de la Organización Mundial de la Salud, disponible en: [www.who.int/topics/ageimg/es/](http://www.who.int/topics/ageimg/es/)
- 15** ORTEGA, Escamilla Pamela Ginette M.C. “Frecuencia de Sintomatología depresiva en adultos mayores atendidos en el CSRD Tlachaloya 1ª Secc.”. Tesis, 2014. P.20
- 16** ADA (American Diabetes Association). Página oficial en español. Disponible en: [www.diabetes.org/es/información](http://www.diabetes.org/es/información)

- 
- 17** “Diagnóstico, metas de control ambulatorio y referencia oportuna de prediabetes y Diabetes Mellitus 2 en adultos en el primer nivel de atención”. Guía de Práctica Clínica, México, 2012. P.4
- 18** GUTIERREZ JP, et.al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2012. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
- 19** PICHARDO Fuster Armando y Leonor Pedrero Nieto. “Clínicas del Hospital General de México”. México, 2002.
- 20** ARMARIO, García Pedro, “Protocolos: Hipertensión arterial. Sociedad española de medicina interna”. 2013. Disponible en [www.fesemi.org/publicaciones/protocolos/protocolo-hipertension-arterial](http://www.fesemi.org/publicaciones/protocolos/protocolo-hipertension-arterial)
- 21** “Diagnóstico y tratamiento de la Hipertensión arterial en el primer nivel de atención”. Guía de Práctica Clínica, México, 2012. Disponible en Catálogo Maestro de Guías de práctica clínica IMSS.
- 22** FARRERAS, Rozman. “Tratado de Medicina Interna”. Ediciones Harcourt. 14 edic. España 2000. P. 371
- 23** DEL VILLAR, Morales Ariadna. “Guía clínica para el tratamiento del Síndrome metabólico”. Instituto nacional de rehabilitación. México, 2011. Disponible en: [www.iso9001.inr.gob.mx/iso/docMG-SMD-02.PDF](http://www.iso9001.inr.gob.mx/iso/docMG-SMD-02.PDF)
- 24** “Prevención, diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad exógena”. Guía de práctica clínica, México, 2011. P.2. Disponible en catálogo maestro de guías de práctica clínica IMSS.
- 25** Norma oficial mexicana NOM-174-SSA1-1998, “Para el manejo integral de la obesidad”, Secretaría de Salud, México, disponible en: [www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/174ssa18](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/174ssa18).
- 26** “Trastornos del metabolismo de las lipoproteínas y otras lipidemias.” Guías de Práctica Clínica. México, 2011. Disponible en el Catálogo Maestro de Guías de Práctica clínica IMSS.
- 27** ORTIZ, Solis Gabriela Raquel, “Resumen Integrado: NOM-037-SSA-2012, Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias y Guía de Tratamiento de las dislipidemias en el Primer Nivel de atención.” México, 2013. Disponible en [www.Medigraphic.com/pdfs/cardio/h-2013](http://www.Medigraphic.com/pdfs/cardio/h-2013)
- 28** LANDENFELD, C.Seth, et.al. Diagnóstico y tratamiento en Geriatria, 1ª Edición, Edit. Manual Moderno, México, 2005, pp. 283-290.
- 29** “Tratamiento de la osteoartritis en el adulto mayor en el primer y segundo nivel de atención” Guías de Práctica Clínica. México, 2011. Disponible en el Catálogo Maestro de Guías de Práctica clínica ISSSTE.
- 30** ROCA, Soriano Francina, “Los desconocidos Grupos de Ayuda Mutua”, Artículo disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/viewFile/CUTS9898110251A/8258>
- 31** Guía Técnica para la Integración de Grupos de Ayuda Mutua. Subdirección General Médica ISSSTE, México, 2008. Disponible en: <http://normateca.issste.gob.mx/webdocs.pdf>
- 32** LARA, Esqueda Agustín, et.al. “Grupos de Ayuda Mutua: Estrategia para el control de diabetes e hipertensión arterial” Artículo publicado en Revista Archivos de Cardiología de México, Vol. 74 Número 4/Octubre-Diciembre 2004:330-336

---

### **XIII. ANEXOS**

#### **ANEXO 1**

##### **CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

(Yo) \_\_\_\_\_, expreso voluntaria y conscientemente mi deseo de participar en el estudio de investigación titulado: “Calidad de vida en pacientes con enfermedades crónico degenerativas que asisten a los grupos de ayuda mutua”; contestando las preguntas del cuestionario WHOQOL-BREF, en la fecha y lugar previstos para la aplicación de la misma.

Se me ha explicado previamente que la calidad de vida relacionada a la salud, puede ser alterada por efectos inmediatos de alguna enfermedad crónico degenerativa, y como consecuencia de los tratamientos a largo plazo que estas implican.

La información obtenida a partir de sus respuestas en la prueba tendrán un carácter eminentemente confidencial; de tal manera que su nombre no se hará público por ningún medio, únicamente se tomaran en cuenta datos como su edad, sexo, así como la enfermedad crónico degenerativa que padece, para ser utilizados con fines estadísticos únicamente.

Usted podrá tener conocimiento de la interpretación de los resultados obtenidos en la prueba si así lo desea. Así mismo, podrá retirarse en el momento que usted lo desee sin que esto repercuta en la atención brindada. En consideración de lo anterior, agradezco su participación voluntaria en la realización de esta prueba.

Si desea participar, por favor firme en el espacio designado.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Firma del Testigo: \_\_\_\_\_

Firma del Médico: \_\_\_\_\_

Santa María del Monte, Zinacantepec a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014

Santa Juana 1ª sección, Almoloya de Juárez a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014



---

## ANEXO 2

### Cuestionario WHOQOL-BREF

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor, conteste a todas las preguntas. Si no está seguro de qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las últimas dos semanas.

Por favor lea cada pregunta y haga un círculo en el número de la respuesta que crea adecuada.

Edad: \_\_\_\_\_ años      Género: Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_

Diagnostico: DM \_\_\_\_\_ HAS \_\_\_\_\_ Sx Metabólico \_\_\_\_\_ Enfermedad Articular Deg. \_\_\_\_\_

Pertenece al GAM: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_      Fecha: \_\_\_\_\_

#### 1. ¿Cómo calificaría su calidad de vida?

Muy mala	Mala	Regular	Buena	Muy buena
1	2	3	4	5

#### 2. ¿Qué tan satisfecho está con su salud?

Muy insatisfecho	Poco satisfecho	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas

#### 3. ¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer sus actividades diarias?

Extremadamente	Bastante	Lo normal	Un poco	Nada
1	2	3	4	5

#### 4. ¿Requiere de algún tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?

Diariamente	Frecuentemente	A veces	Ocasionalmente	No
1	2	3	4	5

---

**5. ¿Cuánto disfruta de la vida?**

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

**6. ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?**

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

**7. ¿Qué tanta es su capacidad de concentración?**

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

**8. ¿Qué tan seguro se siente en su vida diaria?**

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

**9. ¿Qué tan saludable es el ambiente físico a su alrededor?**

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a “que tanto” usted experimenta o ha sido capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas.

**10. ¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?**

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

**11. ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?**

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

**12. ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades básicas?**

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

---

**13. ¿Qué tan disponible tiene acceso a información en su vida diaria, por ejemplo radio, televisión, periódico, etc?**

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

**14. ¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades recreativas?**

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

**15. ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro por sí mismo?**

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a “que tan satisfecho o bien” se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas.

**16. ¿Qué tan satisfecho está con su sueño?**

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

**17. ¿Qué tan satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?**

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

**18. ¿Qué tan satisfecho está con su capacidad de trabajo?**

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

**19. ¿Qué tan satisfecho está de sí mismo?**

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

---

**20 ¿Qué tan satisfecho está con sus relaciones personales?**

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

**21. ¿Qué tan satisfecho está con su vida sexual?**

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

**22. ¿Qué tan satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?**

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

**23. ¿Qué tan satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?**

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

**24. ¿Qué tan satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?**

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

**25. ¿Qué tan satisfecho está con su transporte?**

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las últimas dos semanas.

**26. ¿Con que frecuencia ha tenido sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?**

Siempre	Frecuentemente	Medianamente	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN